

# **Les barrières et facilitateurs à l'adhésion thérapeutique pour les femmes souffrant du cancer du sein recevant un traitement systémique oral**

**Une revue de littérature étoffée**

Travail de Bachelor

Par

**Julie Bauwens, Valentine Bettex et Nadia Stettler**  
Promotion 2014-2017

Sous la direction de Andrea Serena, Inf. PhD

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

13 juillet 2017

## Résumé

**Etat des connaissances** : Le cancer du sein est l'un des cancers les plus fréquents chez la femme et son incidence ne cesse de croître. Suite à ce constat, des progrès considérables ont été réalisés en termes de traitements anticancéreux, tels que les traitements oraux. Ces derniers demandent à la personne d'être rigoureuse et responsable dans sa prise de traitement.

**Objectif** : L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les barrières et les facilitateurs de l'adhésion aux traitements oncologiques systémiques oraux chez des femmes atteintes du cancer du sein.

**Méthode** : Il s'agit d'une revue de littérature étoffée. Tous les articles ont été sélectionnés dans PubMed. Chaque recherche a été faite à l'aide de combinaisons de mots-clés « *medication adherence* » et « *breast cancer* ». Les articles trouvés ont été traduits puis analysés dans les grilles de lecture critique et d'analyse. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de cibler la recherche.

**Résultats** : Huit recherches ont été sélectionnées. Parmi ces huit articles, six sont quantitatifs, un est mixte et un est qualitatif. Les barrières à l'adhésion les plus fréquentes d'après les études sont l'âge, les effets secondaires et une vie active. Les principaux facilitateurs sont les croyances, l'inactivité professionnelle / état civil et la post-ménopause.

**Conclusion** : Cette revue de littérature nous a permis de mettre en avant des barrières et des facilitateurs à l'adhésion thérapeutique chez les patientes atteintes d'un cancer du sein recevant un traitement systémique oral. Ces résultats apportent des bases sur lesquelles seront développées et testées des interventions infirmières dans le but d'aboutir à un suivi individualisé et adéquat auprès de cette population.

**Mots-clés** : *cancer du sein, adhésion thérapeutique, soins oncologiques, traitements systémiques oraux.*

## Tables des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>I</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>V</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>VI</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>VII</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Problématique.....</b>	<b>3</b>
Epidémiologie .....	4
Le cancer du sein et ses traitements.....	4
Typologies des traitements contre le cancer du sein .....	5
Adhésion thérapeutique .....	7
Barrières et facilitateurs à l'adhésion thérapeutique .....	8
Faciliteurs.....	8
Barrières .....	9
Rôle infirmier.....	9
Enoncé du problème et question de recherche .....	10
<b>Cadre théorique .....</b>	<b>11</b>
<b>Méthode.....</b>	<b>14</b>
Argumentation du choix du devis .....	15
Stratégies de recherche .....	15
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	16
Critères d'inclusion.....	16
Critères d'exclusion.....	16
Mots MeSH .....	16
Résultats de la stratégie de recherche.....	17
Stratégie .....	17
<b>Résultats .....</b>	<b>19</b>
Détails et qualité méthodologique des articles .....	20
Résultats des barrières à l'adhésion thérapeutique.....	34
Age .....	34
Effets secondaires .....	34
Vie active / état civil .....	35
Ménopause .....	35
Stade de la tumeur / Progression de la maladie .....	35

Recherche d'informations .....	36
Durée de la chimiothérapie orale .....	36
Autres barrières à l'adhésion thérapeutique .....	36
Résultats des facilitateurs à l'adhésion thérapeutique .....	37
Post-ménopause.....	37
Inactivité professionnelle / état civil .....	37
Croyances.....	37
<b>Discussion .....</b>	<b>39</b>
Barrières à l'adhésion thérapeutique.....	41
Facteurs sociodémographiques .....	41
L'âge .....	41
La vie active / état civil .....	42
Facteurs physiques et psychologiques.....	43
Les effets secondaires .....	43
Les facilitateurs à l'adhésion thérapeutique .....	44
Facteurs personnels .....	44
Les croyances.....	44
La post-ménopause .....	45
Facteurs sociodémographiques .....	46
L'inactivité professionnelle / état civil.....	46
Lien avec le cadre théorique .....	46
Limites et forces.....	47
Recommandations pour la recherche, la clinique et la formation.....	48
La recherche.....	48
La clinique.....	49
La formation.....	49
<b>Conclusion .....</b>	<b>51</b>
<b>Références .....</b>	<b>54</b>
<b>Déclaration sur l'honneur .....</b>	<b>59</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>60</b>

**Liste des tableaux**

Tableau 1 - Barrières : synthèse des résultats .....	22
Tableau 2 - Facilitateurs : synthèse des résultats .....	30

**Liste des figures**

Figure 1 : Flow-Chart.....	21
----------------------------	----

## **Remerciements**

Nous remercions notre Directeur de mémoire, Monsieur Andrea Serena, pour son accompagnement, ses conseils et sa grande disponibilité.

Nous remercions également Mesdames Rita Bauwens, Catherine Bessard, Marlène Biedermann et Martine Charbon pour le temps consacré à la relecture du travail et pour les corrections apportées.

Un merci particulier à nos familles et amis pour leur soutien tout au long de cette période.



## Introduction

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, il est demandé d'effectuer un travail de Bachelor afin de concrétiser les connaissances acquises durant ces années d'études. Le but de ce travail est de répondre à une question de recherche par le biais d'une recension des écrits.

Etant donné que le cancer du sein touche de nombreuses femmes dans le monde et que les traitements contre celui-ci se développent d'année en année, la thématique de l'adhésion prend tout son sens. Nous nous questionnons sur les raisons qui influencent l'adhésion chez ces femmes concernées par la maladie. Après la lecture des articles, la non-adhésion démontre plusieurs inconvénients telles que la récurrence du cancer et l'influence néfaste sur la santé de la personne. A contrario, une bonne adhésion améliore la qualité de vie et augmente les chances de survie.

Suite à ce questionnement, ce travail est basé sur l'identification des barrières et des facilitateurs influençant l'adhésion aux traitements oncologiques systémiques oraux chez les femmes atteintes du cancer du sein. Cette question de recherche n'est pas sans intérêt dans la pratique infirmière. Reconnaître ces deux opposés permettra d'informer les équipes infirmières afin de renforcer l'adhésion et/ou d'agir avec le patient sur une éventuelle non-adhésion pour améliorer la qualité de vie.

Afin d'atteindre le but de cette recherche, une revue de littérature étoffée est réalisée.

Les principaux facilitateurs et barrières issus des articles retenus seront synthétisés dans le chapitre des résultats (tableaux 1 et 2). Ensuite, ils seront discutés dans le chapitre de discussion en intégrant des recommandations pour la clinique, la recherche et la formation.

Un jugement critique ainsi que des pistes d'action pour de futures recherches ont été apportés dans la dernière partie de ce travail de Bachelor.

## **Problématique**

## **Epidémiologie**

Au niveau international, les femmes atteintes du cancer du sein sont nombreuses ; elles représentent 16 % de l'ensemble des cancers féminins. Le taux d'incidence est en constante augmentation (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). En 2005, certains auteurs ont démontré que :

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins au niveau européen (275'100 nouveaux cas estimés pour 2004), représentant plus d'un quart de l'ensemble des cancers de la femme. En Europe, le risque pour une femme de développer un cancer du sein au cours de sa vie est estimé à 8%. En 2004, le cancer du sein est la principale cause de décès avec 88'400 décès, soit 17,4% des décès par cancer. (Mouret-Fourme et al., p. 6)

En Suisse, le taux de mortalité du cancer du sein est d'environ 1'350 femmes par an, ce qui représente 20% de l'ensemble des décès par cancer chez la femme. Le taux de survie à cinq ans est de 82% tous stades confondus. L'âge moyen du diagnostic est de 61 ans (Bouchardy, Lutz, & Kühni, 2011).

## **Le cancer du sein et ses traitements**

Le cancer du sein peut se développer de diverses manières, soit ; dans les canaux galactophoriques (carcinome canalaire) ou soit dans les lobules (carcinome lobulaire).

Concernant le cancer, il existe différents stades qui dépendent de la taille, de l'atteinte des ganglions et de la présence de métastases, allant du stade I au stade IV. Les traitements résultent de ces derniers, ainsi que du statut des récepteurs hormonaux, de l'état de santé général, de l'âge, des antécédents personnels, médicaux et familiaux (Société canadienne du cancer, 2017).

Ci-dessous, une synthèse des différents itinéraires cliniques relative aux traitements pouvant être utilisés en fonction des stades :

Stades I à III : chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée. Ces traitements peuvent être modulables selon le stade ;

Stade IV : hormonothérapie, chimiothérapie, traitement ciblé.

### **Typologies des traitements contre le cancer du sein**

**La chirurgie** comprend la biopsie du ganglion sentinelle, la chirurgie mammaire conservatrice et la mastectomie qui inclut trois types : mastectomie totale, radicale et radicale modifiée.

**Les traitements anticancéreux** sont des cytostatiques qui vont agir sur toutes les cellules du corps. Ils peuvent être adjuvants ou néo-adjuvants à la chirurgie. L'administration de la chimiothérapie peut se faire par voie parentérale ou par voie entérale.

**L'hormonothérapie** est principalement utilisée en post-chirurgie sur une période de cinq ans (Quinn, Fleming, & O'Sullivan, 2016 ; Smeltzer & Bare, 2011). Les cellules cancéreuses peuvent avoir des récepteurs hormonaux à leur surface ou à l'intérieur. L'œstrogène et la progestérone sont des hormones qui peuvent se fixer sur ces récepteurs. Le comportement et le développement des cellules du cancer du sein sont régulés par ces hormones. Le fait d'agir sur les hormones en les bloquant ou en corrigeant leur quantité permet de diminuer la croissance et la prolifération des cellules cancéreuses (Société canadienne du cancer, 2017). L'hormonothérapie est la thérapie la plus couramment utilisée par voie orale. Le tamoxifène est le traitement le plus fréquemment prescrit.

**La thérapie ciblée** concerne principalement les patientes présentant une tumeur ayant une protéine spécifique (HER2) située à la surface de la cellule cancéreuse. Ce traitement existe en traitement parentéral (trastuzumab), ainsi qu'en comprimé comme le lapatinib.

**La radiothérapie** peut être externe ou interne (curiethérapie). Elle peut être utilisée après une chirurgie conservatrice et/ou après une chirurgie non-conservatrice. Ceci a pour but d'éliminer les cellules cancéreuses restantes et de réduire le risque de récurrence (Institut National du Cancer, 2017).

Durant les dernières décennies, concernant certains traitements cytostatiques ou hormonaux, la recherche médicale a développé des traitements oraux qui permettent de diminuer l'impact négatif de l'administration sur la vie quotidienne des patientes (moins de visites à l'hôpital, traitements non-invasifs, etc.). Ceux-ci amènent à une prise de responsabilité de la part des patientes et permettent ainsi de développer leur capacité d'autosoins (McCorkle et al., 2011). Muluneh et al. précisent que « Les antinéoplasiques oraux offrent une commodité aux patientes, améliorant ainsi la qualité de vie et favorisent un sentiment d'indépendance en augmentant la participation des patientes à leurs propres soins » (2016, p. 1).

Pourtant, les traitements oraux demandent à la personne d'être rigoureuse et responsable dans sa prise de traitement. Il est donc important que les patientes acquièrent des connaissances et des compétences afin de pouvoir gérer au mieux leur maladie et d'adhérer à leur médication. Suite à différentes recherches, il a été démontré que l'une des difficultés majeures rencontrées chez les patientes atteintes du cancer du sein et ayant un traitement oral est l'adhésion thérapeutique (Bourmaud et al., 2015 ; Bright, Petrie, Partridge, & Stanton, 2016).

Les deux conséquences principales d'un manque d'adhésion thérapeutique sont la progression de la maladie avec un taux de mortalité accru et un risque de récurrence plus élevé (Pellegrini et al., 2010, p. 472).

### **Adhésion thérapeutique**

Selon Haynes (2008) « l'adhésion peut être définie comme la mesure par laquelle les patientes suivent les instructions qu'elles reçoivent pour les traitements prescrits » (p. 2).

Schneider, Herzig, Hugentobler et Bugnon précisent que « L'adhésion thérapeutique est un comportement humain complexe dont la patiente, son entourage et les professionnels partagent la responsabilité. Elle est influencée par de nombreuses variables que l'OMS a catégorisées en cinq dimensions » (2013, p. 1033). Il s'agit du système de santé, des facteurs socio-économiques, des facteurs liés à l'état de santé, des facteurs thérapeutiques et des facteurs liés aux patientes.

Une adhésion thérapeutique adéquate lors du cancer du sein est essentielle afin d'optimiser la survie de la patiente. Pour atteindre cet objectif, les professionnels de la santé ont pour rôle de vérifier que la thérapie médicamenteuse soit appropriée et délivrée selon les bonnes pratiques. Il existe de nombreuses stratégies pour renforcer l'adhésion et permettre à la patiente d'intégrer les enjeux thérapeutiques. L'une d'entre elles est d'élaborer une relation de confiance, ainsi qu'une démarche de partenariat.

L'adhésion comporte deux variables : la persistance, période où la patiente prend son traitement en continu, et l'implémentation, manière dont la patiente manage son traitement au fil du temps (Schneider et al., 2013).

De plus, il est important de différencier l'adhésion à l'observance et à la compliance. L'observance et la compliance se définissent comme une soumission, à savoir la patiente est obligée de prendre son traitement (Lamouroux, Magnan, & Vervloet, 2005).

### **Barrières et facilitateurs à l'adhésion thérapeutique**

A notre connaissance, durant les deux dernières décennies, peu d'études ont décrit les barrières et les facilitateurs à l'adhésion thérapeutique concernant les patientes atteintes du cancer du sein recevant un traitement systémique oral. Ci-dessous sont explicités les facilitateurs et les barrières les plus fréquents.

#### ***Facilitateurs***

L'adhésion thérapeutique est favorisée par le soutien des proches aidants envers la patiente et est également encouragée par le soignant grâce à une alliance thérapeutique et à une éducation thérapeutique (Gasser et al., 2011).

L'adhésion peut être influencée par divers facteurs tels que ; les attentes par rapport à la maladie et la compréhension de celle-ci, le sentiment d'efficacité personnel, les connaissances, les facteurs socio-économiques, les caractéristiques de la patiente, la modalité du traitement, les attitudes du médecin ou encore l'organisation du système de soins (Schneider et al., 2013).

Pour favoriser l'adhésion thérapeutique, il est recommandé de fournir des informations approfondies aux patientes et aux familles ; c'est-à-dire, de donner des instructions claires et simples, sous forme écrite, qui permettent de s'y référer à domicile comme les informations relatives au traitement, ainsi que les conséquences de la « non prise » du traitement. Il est également important que les soignants donnent des informations quant à la gestion des symptômes et effectuent un suivi



régulier par appels, visites ou encore des rappels par courrier électronique (Muluneh et al., 2016, p. 6).

### **Barrières**

Il y a également un nombre notable de facteurs influençant défavorablement l'adhésion des patientes tels que la mauvaise compréhension de la maladie et les risques associés, le manque de croyances quant aux avantages du traitement, les troubles cognitifs ou les antécédents de maladie mentale, la polymédication, l'âge, le fait de résider seule, les traitements de longue durée, le statut socio-économique peu élevé et des doses plus importantes (Bourmaud et al., 2015, p. 2 ; Bright et al., 2016, p. 247 ; Muluneh et al., 2016, p. 4).

### **Rôle infirmier**

Il existe plusieurs traitements oraux prescrits sur une longue durée afin de traiter le cancer du sein. Cela implique que la patiente doit apprendre à gérer son traitement de la manière la plus indépendante possible. C'est pourquoi, le concept d'adhésion thérapeutique est fondamental pour guider l'action des infirmières.

Cependant, Winkeljohn mentionne que « l'adhésion aux thérapies orales est loin d'être optimale et les infirmiers en oncologie sont chargés d'élaborer des programmes, des instruments et des interventions susceptibles d'améliorer les résultats » (2010, p. 465). Par exemple, l'infirmier a pour rôle de vérifier si la patiente nécessite passage des soins à domicile pour une surveillance et/ou un remplissage du semainier.

Il est donc primordial pour l'infirmier en ambulatoire oncologique de connaître les facteurs influençant favorablement et défavorablement l'adhésion thérapeutique afin

d'effectuer des interventions adaptées à la personne et de trouver des stratégies en cas de non-adhésion en partenariat avec le malade.

L'adhésion des patientes aux traitements devient de plus en plus pertinente dans le domaine des soins oncologiques, car des thérapies orales sont davantage utilisées pour le traitement du cancer. Il existe peu d'informations sur l'adhésion des patientes et sur leur persistance médicamenteuse. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'explorer les facteurs de la non-adhésion et d'élaborer de meilleures méthodes d'interventions et de mesures de l'adhésion (Ruddy, Mayer, & Partridge, 2009, p. 64).

### **Enoncé du problème et question de recherche**

Considérant les données épidémiologiques du cancer du sein et la présence de nombreux traitements oraux, l'adhésion devient une priorité pour le rôle infirmier dans l'accompagnement des patientes. Suite aux conséquences d'une non-adhésion citées ci-dessus, il est primordial de comprendre et d'agir sur les barrières et facilitateurs à l'adhésion afin de favoriser la survie des patientes.

Ceci amène à **la question de recherche** suivante : quelles sont les barrières et les facilitateurs diminuant ou augmentant l'adhésion aux traitements oncologiques systémiques oraux chez les femmes atteintes du cancer du sein vivant à domicile ?

## **Cadre théorique**

Ce chapitre présente la théorie utilisée tout au long de ce travail. Il s'agit de la théorie d'OREM.

Les traitements oraux permettent aux patientes de se rendre moins régulièrement à l'hôpital, ce qui implique un nouveau besoin qui est l'autogestion des médicaments.

Le cadre théorique choisi pour appuyer le sujet est OREM, car la thématique aborde les traitements oraux qui sont des autosoins. Mailhot, Cossette et Alderson décrivent que « le concept d'autosoins réfère une activité initiée, de façon consciente et suite à un apprentissage, qui est appropriée à la situation et centrée sur un objectif, permettant à l'individu de prendre soin de sa santé » (2013, pp. 94-95).

La théorie d'OREM comprend les autosoins impliquant l'exigence d'action thérapeutique, la capacité d'autosoins, la nécessité d'autosoins et le déficit en autosoins.

Selon Amar et Gueguen (1999), « OREM définit sa conception de l'être humain comme une unité capable d'autosoins » (p. 118). De plus, ces auteurs déclarent qu' :

Il a des capacités, des aptitudes et la liberté de s'impliquer dans des activités d'autosoins. Ces autosoins permettent le maintien de la vie et de la santé, ils doivent être appris, acquis. Ils dépendent des croyances, des habitudes et des pratiques culturelles et collectives. (Amar & Gueguen, p. 118)

Il existe trois types d'autosoins ; les autosoins universels qui comprennent les actes répondant aux besoins fondamentaux, les autosoins d'évolution qui sont liés aux événements de la vie et/ou au développement de chaque individu et, pour terminer, les autosoins d'adaptation qui sont en lien avec une altération de la santé tels que la maladie et les traitements.

Lorsque la personne se retrouve confrontée à des difficultés à effectuer ses autosoins, il y a alors un déséquilibre entre les nécessités d'autosoins et la capacité

d'autosoins. Il s'agit du déficit en autosoins qui demandera l'intervention des soins infirmiers. Selon le degré du déficit, les soins infirmiers seront entièrement compensatoires, partiellement compensatoires ou de soutien et/ou d'éducation.

Les auteurs Amar et Gueguen attestent que « les buts des soins infirmiers sont d'aider l'individu à accomplir seul ses activités d'autosoins et de l'amener à adopter une attitude responsable à propos de sa santé » (1999, p. 118).

Concernant notre thème, l'intervention infirmière sera principalement l'éducation thérapeutique (Winkeljohn, 2010, p. 461). En effet, les patientes doivent apprendre à être indépendantes et gérer leur prise de traitement. Le rôle de l'infirmier est de leur enseigner la manière de prendre leur médication, ce qui inclut de fournir des informations sur le dosage et les effets indésirables, afin que les patientes puissent surmonter les barrières et effectuer leurs autosoins.

## Méthode

Ce chapitre présente le devis de recherche de ce travail, ainsi que la méthodologie utilisée afin d'obtenir des résultats permettant de répondre à la question de recherche.

### **Argumentation du choix du devis**

Ce travail de Bachelor est une revue de littérature étoffée ; c'est-à-dire, plusieurs recherches regroupées dans un seul et même travail. Ce devis de recherche permet d'approfondir les connaissances sur l'adhésion des traitements systémiques oraux en oncologie et de mettre en évidence les barrières et les facilitateurs.

### **Stratégies de recherche**

Pour obtenir les articles, nous avons effectué des recherches sur la base de données de PubMed, mais également dans Google Scholar. Nous avons utilisé dans un premier temps les mots MeSH suivants : « medication adherence » et « breast neoplasms ». Dans un second temps, si les recherches n'étaient pas assez précises, nous aurions pris d'autres mots-clés : « nursing », « immunotherapy », « adverse effects » et « administration, oral ». A l'aide des deux premiers mots MeSH, nous avons effectué plusieurs combinaisons. Ceci a permis de sélectionner passablement d'études scientifiques en lien avec la problématique de recherche. C'est pourquoi, nous n'avons pas eu besoin d'utiliser les mots-clés « nursing », « immunothérapie », « adverse effects » et « administration, oral ». Etant donné la quantité d'articles présents, il est nécessaire d'ajouter des critères d'inclusion et d'exclusion afin de préciser la recherche.

Après avoir analysé les titres de ces articles, lu l'abstract rigoureusement, nous en sélectionnons huit qui nous semblent les plus pertinents dans le but de les traduire et de les analyser à l'aide des grilles de lecture critique quantitatives et/ou qualitatives.

Il est important de signaler que lors de la recherche, nous avons trouvé quatre articles intéressants qui ciblent la problématique. Cependant, il s'agissait de revues de littérature. Nous avons donc décidé de ne pas les étudier avec les grilles de lecture critique.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

#### **Critères d'inclusion**

Les critères étant inclus dans la revue de littérature sont : les articles complets, une population de femmes adultes, les femmes ayant un cancer du sein et les articles intégrant la description des facilitateurs et/ou barrières à l'adhésion.

#### **Critères d'exclusion**

Les critères étant exclus de la revue de littérature sont : des articles de plus de dix ans, publiés avant 2007, afin d'avoir les données les plus récentes et pertinentes. Les études scientifiques qui comportent d'autres concepts que l'adhésion ont été exclus dans le but de cibler spécifiquement la problématique de recherche.

#### **Mots MeSH**

Mots MeSH en français	Mots MeSH selon PubMed
Cancer du sein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breast neoplasms</li> <li>• Cancer</li> </ul>
Administration orale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration, oral</li> </ul>
Adhésion thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medication adherence</li> </ul>
Interventions infirmières	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing care</li> </ul>



Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adverse effects</li> </ul>
--------------------	---

## Résultats de la stratégie de recherche

### Stratégie

Mots MeSH	Résultats	Nombre d'articles sélectionnés
« Medication Adherence » AND « Breast Neoplasms »	185	8
<p>Bourmaud, A., Henin, E., Tinquaut, F., Regnier, V., Hamant, C., Colomban, O., ... Chauvin, F. (2015). Adherence to oral anticancer chemotherapy: What influences patients' over or non-adherence? Analysis of the OCTO study through quantitative–qualitative methods. <i>BMC Research Notes</i>, 8, 1-8. <a href="https://doi.org/10.1186/s13104-015-1231-8">https://doi.org/10.1186/s13104-015-1231-8</a></p>		
<p>Bright, E. E., Petrie, K. J., Partridge, A. H., &amp; Stanton, A. L. (2016). Barriers to and facilitative processes of endocrine therapy adherence among women with breast cancer. <i>Breast Cancer Research and Treatment</i>, 158(2), 243-251. <a href="https://doi.org/10.1007/s10549-016-3871-3">https://doi.org/10.1007/s10549-016-3871-3</a></p>		
<p>Hershman, D. L., Kushi, L. H., Shao, T., Buono, D., Kershnerbaum, A., Tsai, W.-Y., ... Neugut, A. I. (2010). Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8,769 early-stage breast cancer patients. <i>Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology</i>, 28(27), 4120-4128. <a href="https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.9655">https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.9655</a></p>		
<p>McCowan, C., Wang, S., Thompson, A. M., Makubate, B., &amp; Petrie, D. J. (2013). The value of high adherence to tamoxifen in women with breast cancer: a</p>		

community-based cohort study. *British Journal of Cancer*, 109(5), 1172-1180.  
<https://doi.org/10.1038/bjc.2013.464>

Muluneh, B., Deal, A., Alexander, M. D., Keisler, M. D., Markey, J. M., Neal, J. M., ... Dressler, L. G. (2016). Patient perspectives on the barriers associated with medication adherence to oral chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice: Official Publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners*, 1-12. <https://doi.org/10.1177/1078155216679026>

Pellegrini, I., Sarradon-Eck, A., Soussan, P. B., Lacour, A.-C., Largillier, R., Tallet, A., ... Julian-Reynier, C. (2010). Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view. *Psycho-Oncology*, 19(5), 472-479. <https://doi.org/10.1002/pon.1593>

Quinn, E. M., Fleming, C., & O'Sullivan, M. J. (2016). Endocrine therapy adherence: a cross-sectional study of factors affecting adherence and discontinuation of therapy. *Irish Journal of Medical Science*, 185(2), 383-392. <https://doi.org/10.1007/s11845-015-1307-4>

Wickersham, K., Sereika, S. M., & Bender, C. M. (2013). Pretreatment Predictors of Short-term Nonadherence to Oral Hormonal Therapy for Women with Breast Cancer. *Nursing research*, 62(4), 243-251. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318298fd70>

## Résultats

Dans ce chapitre sont présentées la méthode de sélection des articles, ainsi que la synthèse méthodologique des articles analysés. Des tableaux regroupant les résultats y sont également exposés.

Les résultats de la stratégie de recherche ont permis de trouver 185 articles, après les avoir triés à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion. Suite à la sélection des huit articles, une analyse a été faite à l'aide des grilles de lecture « résumées et critiques ». L'analyse de ceux-ci n'a exclu aucun article.

### **Détails et qualité méthodologique des articles**

Les études analysées dans cette revue mettent en évidence les barrières et les facilitateurs de l'adhésion thérapeutique chez les femmes atteintes du cancer du sein et ayant un traitement systémique oral.

Sur les huit études analysées, six articles sont quantitatifs et contiennent une description des barrières et des facilitateurs à l'adhésion thérapeutique représentée sous forme de tableaux et/ou de figures (Bright et al., 2016 ; Hershman et al., 2010 ; McCowan, Wang, Thompson, Makubate, & Petrie, 2013 ; Muluneh et al., 2016 ; Quinn et al., 2016 ; Wickersham et al., 2013). Une étude est, quant à elle, mixte et contient également des tableaux, mais aussi des résultats sous forme textuelle (Bourmaud et al., 2015). Seule une étude est qualitative, il s'agit de l'article de Pellegrini et al. (2010) qui présente les barrières et les facilitateurs à l'adhésion dans la partie « résultats », sous la forme de verbatim.

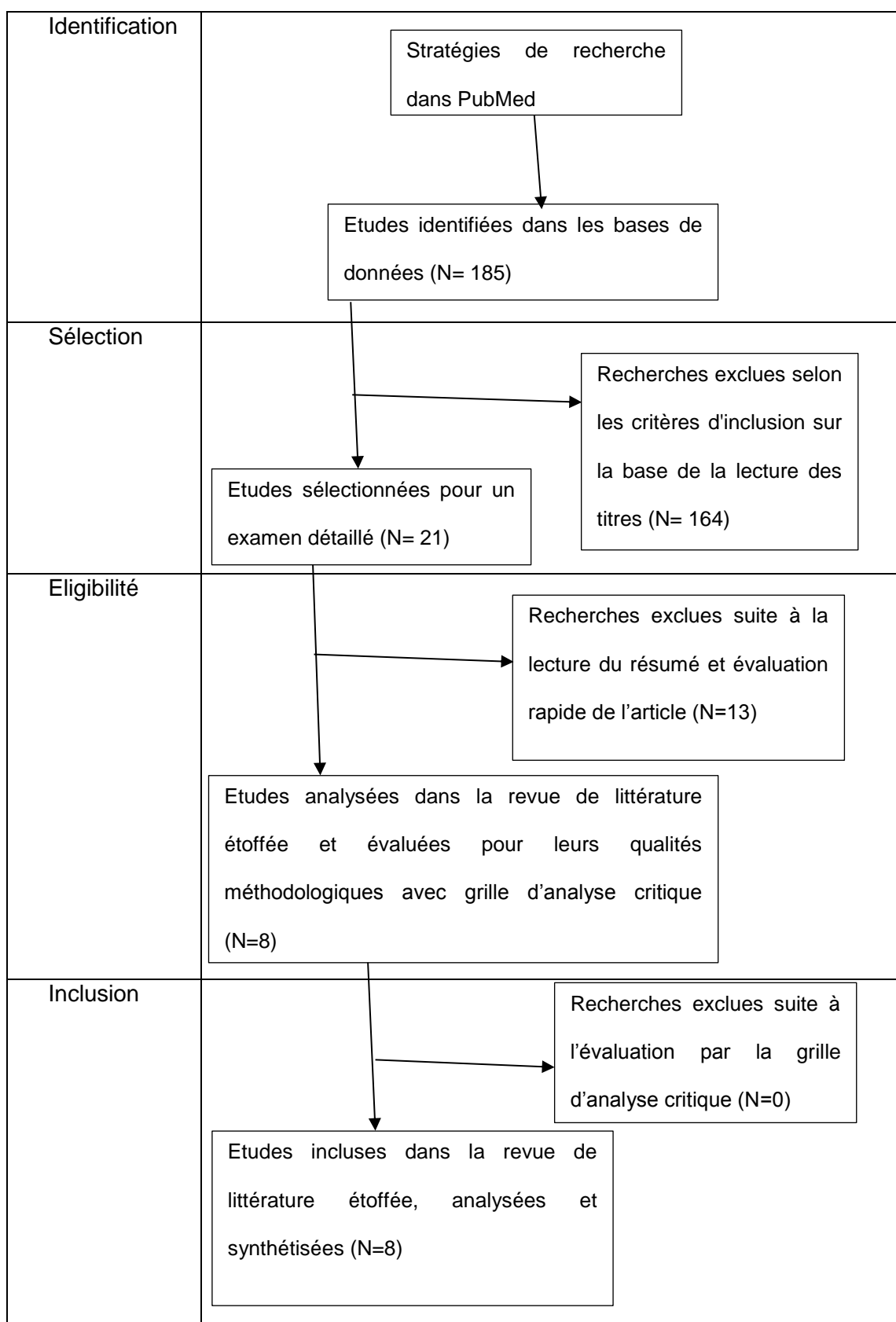


Figure 1 : Flow-Chart

Tableau 1 - Barrières : synthèse des résultats

Barrières								
	McCowan 2013 (N = 1263)	Wickersham 2013 (N = 396)	Hershman n 2010 (N = 15'143)	Bright 2016 (N = 1354)	Bourmaud 2015 (N = 38)	Muluneh 2016 (N= 152)	Quinn 2015 (N=261)	Pellegrini 2009 (n=34)
<b>Age</b>	La non-adhésion comprend 61% des personnes de < 60 ans. Pour les personnes de > 80 ans, la non-adhésion est à seulement 4%.  L'extrême d'âge est statistiquement significatif $p < 0.001$ .		Il y a 50% des patientes de < 40 ans qui étaient susceptibles d'arrêter leur thérapie et 40 % susceptibles d'être non-adhérentes ( $p < 0,001$ ).			Un âge inférieur à 50 ans contribue à la non-adhésion $p = 0.002$ .	L'adhésion est sous-optimale chez les jeunes patientes, elle est statistiquement significative à $p < 0.001$ .	
<b>Effets secondaires</b>				Les effets secondaires étaient liés à une plus grande non-adhésion ( $p < 0.05$ ).		Il y a 38% des patientes qui ont arrêté leur traitement en raison des effets secondaires (neuropathie, diarrhée, fatigue, nausée,	Les effets secondaires sont statistiquement significatifs $p = 0.006$ car 80.5% des patientes ayant des effets	Les femmes, se plaignent de détériorations corporelles (bouffées de chaleurs, fatigue, prise de poids, sécheresse vaginale, baisse libido,

						éruption cutanée).	secondaires sont moins adhérentes. Principalement le trouble de l'humeur qui est statistiquement significatif à $p=0.033$ .	etc.) provoquées par le tamoxifène. Provoquant une réticence face au traitement.
<b>Vie active / état civil</b>		Le taux d'occupation (retraîtée, à la maison, étudiante, invalide, qualifiée ou non, cadre, gestionnaire) a une influence sur l'adhésion avec $p=0.05$ .			Le fait d'avoir des enfants et d'être mariée est statistiquement significatif $p=0.049$ .		Il y a 24.4% de personnes non-adhérentes à plein temps ; ainsi que le temps partiel qui est 29.3% de non-adhérentes. Pour finir les personnes invalides représentent 6.1% non-adhérentes. Le fait de travailler à plein temps est statistiquement significatif $p=0.005$ .	Manque d'efficacité professionnelle (due aux bouffées de chaleurs et à la fatigue).

<b>Manque de connaissances</b>								Beaucoup de femmes ne connaissent pas le mode d'action du traitement et doutaient de son efficacité.
<b>Ménopause</b>	Avant et pendant la ménopause, il y a 12% de femmes qui sont non-adhérentes. La ménopause est statistiquement significative $p=0.005$ .	La ménopause est statistiquement significative à $p=0.004$ .						Les symptômes de la ménopause sont aussi des barrières à l'adhésion chez de nombreuses patientes.
<b>Stade de la tumeur/ Progression de la maladie</b>	Au stade 3-4 de la tumeur, les femmes sont plus susceptibles d'être non-adhérentes de 12%. Le stade de la tumeur est statistiquement significatif $p=0.014$ .				La progression de la maladie est statistiquement significative $p=0.002$ .	Un diagnostic supérieur à 12 mois contribue à une non-adhésion $p=0.015$ .		
<b>Statut des récepteurs hormonaux</b>	Concernant les récepteurs d'œstrogènes négatifs 15 % sont							



	susceptibles de rendre les femmes non adhérentes. Ils sont statistiquement significatifs $p < 0.001$ .							
<b>Niveau d'étude (université)</b>					Le niveau d'étude est statistiquement significatif $p = 0.0003$ .			
<b>Durée de la chimiothérapie orale</b>			Il y a 78% des patientes qui ont continué leur traitement pendant la première année contre 70% à la fin des 4,5 années.		La durée de la chimiothérapie orale est statistiquement significative $p = 0.003$ .	Une durée de plus de 6 mois de traitement augmente le risque d'omission de la prise médicamenteuse chez 51 % patientes. Ceci est statistiquement significatif $p = 0.03$ .		
<b>Croyances</b>					Les patientes pensent qu'elles peuvent manquer une dose pendant leur traitement.			Les femmes avaient des représentations contradictoires sur le fonctionnement des traitements

					Les croyances sont statistiquement significatives $p=0.02$ .			hormonaux (tamoxifène). Elles assimilent le tamoxifène par exemple à une pilule contraceptive -> risque de réticence au niveau des risques d'effets secondaires. La croyance, selon elles, est que le traitement va interagir avec leur cycle naturel du corps (menstruation, équilibre du corps, etc.) -> Ne croient pas forcément à la nécessité du traitement. Elles ont aussi associé le cancer de l'utérus au tamoxifène, risque de réticence au traitement.
--	--	--	--	--	--	--	--	---

<b>Faible soutien émotionnel</b>							Un faible/moyen soutien émotionnel est statistiquement significatif $p = <0.001$ avec 28.4% qui sont non-adhérentes.	
<b>Recherche d'informations</b>					Le fait d'aller rechercher des informations ailleurs contribue à la non-adhésion, il est statistiquement significatif $p=0.02$ .		La recherche sur le cancer du sein via internet est statistiquement significative $p=0.003$ car il y a 50% de non-adhérentes.	Les patientes ont fait des recherches sur internet, mais les résultats des recherches étaient peu clairs.
<b>Statut financier</b>				Le statut financier contribue à la non-adhésion, il est statistiquement significatif avec $p=0.005$ .			Un revenu élevé est statistiquement significatif $p=0.023$ , il y a 30.45% de non-adhérentes.	
<b>Problème de poids</b>		Le poids influence l'adhésion avec $p=0.003$ .						

<b>Changement de thérapie</b>				Le changement de thérapie contribue à la non-adhésion, il est statistiquement significatif avec $p=0.004$ .				
<b>Relation patiente-oncologue</b>				La faible relation entre oncologue et patiente contribue à la non-adhésion, elle est statistiquement significative avec $p<0.001$ .				
<b>Emotions négatives concernant le traitement</b>				Les émotions négatives (peur des effets secondaires, réticence face au traitement) sont prédictrices de la non-adhésion, elles sont statistiquement significatives $p=0.001$ .				
<b>Barrières comportementales (mettre traitement hors de vue)</b>				Les barrières comportementales sont des prédictrices de la non-adhésion à $p<0.023$ .				Il était difficile pour certaines femmes d'oublier la maladie et de vivre comme avant car chaque jour le médicament

								leur rappelait qu'elles étaient malades.
<b>Peur d'être infertile à cause du traitement</b>								Certaines patientes ont arrêté de prendre le traitement car elles voulaient avoir un enfant.
<b>Diagnostic établi il y a plus d'un an</b>						Un diagnostic posé il y a plus d'un an est significativement associé à l'oubli $p=0.015$ .		

Tableau 2 - Facilitateurs : synthèse des résultats

Facilitateurs								
	McCowan 2013 (N = 1263)	Wickersham 2013 (N = 396)	Hershmann 2010 (N = 15'143)	Bright 2016 (N = 1354)	Bourmaud 2015 (N = 38)	Muluneh 2016 (N= 152)	Quinn 2015 (N=261)	Pellegrini 2009 (n=34)
<b>Soutien émotionnel</b>							Le fait d'avoir un bon support émotionnel facilite l'adhésion avec 81.5% d'adhésion.	
<b>Inactivité professionnelle / état civil</b>					Les personnes retraitées sont statistiquement significatives ( $p < 0.0001$ ). Elles ont une adhésion adéquate.		Le fait d'être retraitée est statistiquement significatif ( $p = 0.005$ ), il y a 31.2% d'adhésion ; ainsi que d'être à plein temps à la maison avec 25.4% ; de plus, le fait d'être sans emploi améliore l'adhésion avec 8.1%.	
<b>Statut financier</b>							Le fait d'avoir un faible revenu est statistiquement significatif ( $p = 0.023$ ), il y a	

							59.5% d'adhérentes.	
<b>Croyances/ facilitateurs cognitifs</b>				La croyance que la thérapie est nécessaire, influence l'adhésion positivement ; elle est statistiquement significative $p < 0.001$ / Les pensées concernant l'efficacité de la thérapie endocrinienne améliorent l'adhésion avec $p < 0.05$ .	Penser que manquer une dose est grave est statistiquement significatif $p = 0.02$ .			
<b>Contenu + compréhension de l'étiquette du médicament</b>						Les patientes qui « ont toujours / fréquemment » regardé leur étiquette (20%) étaient moins susceptibles d'oublier de prendre leur chimiothérapie orale par rapport aux patientes (35%) qui « parfois / jamais » n'ont regardé		

						l'étiquette p=0.05.		
<b>Post-ménopause</b>	L'étude met en avant qu'après la ménopause il y a davantage de femmes adhérentes (33%) contre 28% de femmes non adhérentes.							Plus les patientes étaient d'un âge avancé, plus elles adhéraient au traitement.
<b>Efficacité du traitement</b>								Certaines patientes ont prétendu que le fait que ce traitement leur sauve la vie était une raison pour le continuer, malgré tous les effets négatifs du traitement.
<b>Poids</b>					Le poids est statistiquement significatif p=0.042. Les personnes avec un BMI <28 ont une adhésion adéquate.			



<b>Niveau d'étude (école primaire)</b>					Le niveau d'étude est statistiquement significatif $p=0.0001$ .			
<b>Stratégies de motivation à adhérer au traitement</b>				Il y a 31% de femmes utilisant des stratégies pour augmenter la motivation à poursuivre leur traitement.				

## Résultats des barrières à l'adhésion thérapeutique

### Age

Parmi les huit articles, quatre mentionnent que les jeunes patientes sont moins adhérentes que les patientes plus âgées. Selon les articles, l'âge varie entre < 60, < 50, 40 ans pour les patientes catégorisées comme étant jeunes. Un article démontre que le 50% des patientes de moins de 40 ans est susceptible d'arrêter sa thérapie et le 40% est susceptible d'être non-adhérent ( $p = < 0.001$ ) (Hershman et al., 2010). Un autre article cite que les extrêmes d'âge influencent négativement l'adhésion. En effet, 61% des personnes de < 60 ans sont non-adhérentes contre 4% chez les personnes de > 80 ans (McCowan et al., 2013).

### Effets secondaires

Parmi les huit articles, quatre font références aux effets secondaires liés aux thérapies orales. Les effets secondaires sont associés à la non-adhésion ( $p = < 0.05$ ) (Bright et al., 2016). Un autre article signale que sur 152 femmes, 38% d'entre elles ont arrêté leur traitement suite à des diarrhées, de la neuropathie, de la fatigue, des nausées ou des éruptions cutanées (Muluneh et al., 2016). Ces effets secondaires ont également créé une réticence face au traitement du tamoxifène (Pellegrini et al., 2010). Dans une autre étude, sur 261 femmes participant à celle-ci, 80,5% d'entre elles ayant des effets indésirables étaient moins adhérentes, en particulier lors de troubles de l'humeur suite à la prise de ce médicament ( $p = 0.033$ ) (Quinn et al., 2016).

### **Vie active / état civil**

Parmi les huit articles, quatre répertorient qu'une vie active et que l'état civil peuvent être des barrières supplémentaires à l'adhésion. En effet, quel que soit le statut professionnel de la personne, qu'elle soit employée, cadre ou gestionnaire, cela aura une influence négative sur l'adhésion ( $p=0.05$ ) (Wickersham et al., 2013). Une étude révèle que sur un total de 261 participantes, 24,4% d'entre elles travaillant à temps plein sont moins adhérentes, 29,3% travaillant à temps partiel et 6,1% étant dans l'incapacité de travailler (Quinn et al., 2016). Un article qualitatif a mis en lien les effets secondaires et la vie professionnelle, car ceux-ci créent un manque d'efficacité au travail, ce qui incite les patientes à arrêter leur traitement pour rester performantes (Pellegrini et al., 2010). Concernant la vie privée, le fait d'être mariée et d'avoir des enfants est statistiquement significatif d'une moins bonne adhésion ( $p=0.049$ ) (Bourmaud et al., 2015).

### **Ménopause**

Parmi les huit articles, trois mentionnent que les symptômes de la ménopause sont des barrières à l'adhésion thérapeutique chez de nombreuses femmes ( $p=0.004$ ) (Pellegrini et al., 2010 ; Wickersham et al., 2013). Une étude cite que 12% des femmes sont non-adhérentes avant et pendant la ménopause (McCowan et al., 2013).

### **Stade de la tumeur / Progression de la maladie**

Parmi les huit articles, trois répertorient que le stade de la tumeur ou la progression de la maladie fait partie des barrières à l'adhésion thérapeutique. L'un des articles mentionne spécifiquement le stade de la tumeur et que s'il s'agit d'un stade III ou IV les femmes sont susceptibles d'être moins adhérentes (McCowan et al., 2013). Deux

autres études indiquent que la progression de la maladie est l'une des barrières à l'adhésion ( $p=0.002$ ) (Bourmaud et al., 2015 ; Muluneh et al., 2016).

### **Recherche d'informations**

Parmi les huit articles, trois font références au fait que rechercher des informations sur internet ou ailleurs a tendance à rendre les participantes aux études moins adhérentes, c'est le cas de l'étude de Pellegrini et al. (2010). Cette barrière est statistiquement significative dans deux des articles ( $p=0.02$ ) (Bourmaud et al., 2015) et ( $p=0.003$ ) (Quinn et al., 2016).

### **Durée de la chimiothérapie orale**

Parmi les huit articles, trois mentionnent que la durée de la chimiothérapie orale a un impact négatif sur l'adhésion thérapeutique des patientes. L'une de ces trois études démontre que ce facteur est statistiquement significatif ( $p=0.003$ ) (Bourmaud et al., 2015). Un autre article indique que 78% des patientes ont continué leur traitement durant la première année contre 70% des patientes au terme des quatre ans et demi (Hershman et al., 2010). Il est également expliqué qu'une durée de plus de six mois de traitement augmente le risque d'omissions de la prise médicamenteuse de la part de 51% des patientes (Muluneh et al., 2016).

### **Autres barrières à l'adhésion thérapeutique**

Il existe d'autres barrières à l'adhésion thérapeutique tels que le manque de connaissances, les récepteurs d'œstrogènes, le niveau d'études (universitaire), les croyances, le faible soutien émotionnel, le statut financier, le changement de thérapie, les problèmes de poids, la relation patiente-oncologue, les émotions négatives concernant le traitement, les barrières comportementales et la peur d'être infertile à

cause du traitement. Ces facteurs sont statistiquement significatifs ; cependant, seulement un ou deux articles par barrières le démontrent.

### **Résultats des facilitateurs à l'adhésion thérapeutique**

Parmi les huit articles, sept d'entre eux contiennent des facilitateurs à l'adhésion thérapeutique.

#### **Post-ménopause**

Parmi les huit articles, deux mentionnent qu'après la ménopause, les femmes sont plus adhérentes au traitement. En effet, dans l'une des études, 33% des femmes post-ménopausées ont une meilleure adhésion, contre 28% ayant une moins bonne adhésion (McCowan et al., 2013). Plus les patientes ont un âge avancé, plus elles adhèrent au traitement (Pellegrini et al., 2010).

#### **Inactivité professionnelle / état civil**

Parmi les huit articles, deux répertorient les personnes retraitées comme ayant une adhésion adéquate (Bourmaud et al., 2015). Un article mentionne que le taux d'adhésion est de 31.2% chez les personnes retraitées. Cette recherche démontre également que d'être à plein temps à la maison améliore l'adhésion avec 25.4 % de personnes adhérentes, ainsi que le fait d'être sans emploi avec un taux d'adhésion de 8.1% (Quinn et al., 2016).

#### **Croyances**

Parmi les huit articles, deux mentionnent que les croyances influencent de manière positive l'adhésion. En effet, croire que la thérapie est nécessaire ou encore penser

que manquer une dose est grave sont des croyances qui ont un impact favorable sur l'adhésion (Bourmaud et al., 2015 ; Bright et al., 2016).

Il existe d'autres facilitateurs à l'adhésion thérapeutique tels que le soutien émotionnel, le statut financier, le contenu et la compréhension de l'étiquette du médicament, les facilitateurs cognitifs, le niveau d'études (école primaire) et un BMI < 28. Ces facteurs étaient statiquement significatifs ; cependant, un seul article par facilitateur le démontre.

Concernant les barrières et les facilitateurs les moins ressortis dans nos résultats, nous trouvons qu'il est nécessaire d'analyser d'autres études afin de pouvoir généraliser ces facteurs et/ou explorer s'ils sont connus ou nouveaux.

## Discussion

Ces dernières décennies, l'arrivée sur le marché des traitements anticancéreux oraux a permis de diminuer le taux de récurrence et d'augmenter le taux de survie et de réduire le nombre d'hospitalisations, ce qui favorise l'autonomie des patientes (Bourmaud et al., 2015, p. 1 ; Hershman et al., 2010, p. 4120 ; McCowan et al., 2013, p. 1172 ; Pellegrini et al., 2010, p. 472). Cela demande aux patientes d'être rigoureuses dans la prise de leur traitement. Cependant, les études démontrent que de nombreuses barrières entravent l'adhésion thérapeutique chez les personnes atteintes du cancer du sein. Nous constatons qu'il y a un certain nombre de facilitateurs favorisant l'adhésion thérapeutique. Le rôle infirmier est de les repérer afin de les renforcer et de les valoriser.

Ces traitements oraux sont récents. De ce fait, peu de recherches ont été effectuées sur les interventions favorisant l'adhésion thérapeutique. Il est donc nécessaire de continuer ces recherches pour mettre en place des interventions infirmières adéquates.

Il serait primordial de développer des interventions favorisant l'adhésion thérapeutique dans le but d'aider les professionnels en oncologie et les patientes à surmonter les difficultés rencontrées.

La discussion se base sur les principales barrières et les principaux facilitateurs à l'adhésion thérapeutique retenus lors de l'élaboration de cette revue de littérature étoffée.

Concernant les barrières, il s'agit de l'âge, des effets secondaires et de la vie active / état civil. Pour les facilitateurs, il s'agit de la post-ménopause, de l'inactivité professionnelle / état civil et des croyances. Parmi ces facteurs influençant l'adhésion thérapeutique, on distingue des facteurs modifiables et non-modifiables qui vont guider la pratique infirmière.



## **Barrières à l'adhésion thérapeutique**

### **Facteurs sociodémographiques**

#### ***L'âge***

Des études mentionnent l'âge comme une barrière à l'adhésion thérapeutique (Hershman et al., 2010 ; McCowan et al., 2013 ; Muluneh et al., 2016 ; Quinn et al., 2016). Plus précisément, l'article de Hershmann et al. (2010) démontre que les patientes entre < 40 ans et > 75 ans sont plus susceptibles d'interrompre le traitement. De plus, les personnes se trouvant dans cette catégorie d'âge sont moins adhérentes que les patientes âgées entre 50 et 65 ans. Parmi 202 patientes de < 40 ans, 50 % d'entre elles sont plus susceptibles d'interrompre la thérapie et 40 % sont potentiellement non-adhérentes ( $p < 0.001$ ) (p. 4121). L'étude de Muluneh et al. (2016) montre par son analyse qu'un âge inférieur à 50 ans est significativement associé à l'oubli du traitement (p. 4).

Concernant les articles Quinn et al. (2016) et McCowan et al. (2013), nous constatons que les données sur l'âge sont peu explicitées dans le texte malgré le fait que celui-ci est une barrière fréquente.

Au vu des résultats, nous émettons l'hypothèse que les personnes de  $\geq 75$  ans sont susceptibles d'être moins adhérentes pour plusieurs raisons. Plus la population vieillit, plus il y a de pathologies chroniques (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015). En effet, la démence pourrait favoriser les oublis. Il serait intéressant que des recherches futures soient faites sur les liens entre la non-adhésion et la démence. Une autre raison possible est que les personnes âgées préfèrent privilégier l'instant présent et moins se préoccuper de la prise du traitement. L'hypothèse concernant la non-adhésion chez les patientes de moins de 40 ans est que leurs priorités sont

l'éducation de leur(s) enfant(s), les obligations professionnelles ou encore les activités de la vie quotidienne (ménage, cuisine, etc.). Le paragraphe suivant apporte davantage de précisions sur cette thématique.

### ***La vie active / état civil***

Des études démontrent que le fait d'avoir une vie active et suivant l'état civil de la personne sont des facteurs qui influencent défavorablement l'adhésion (Bourmaud et al., 2015 ; Pellegrini et al., 2010 ; Quinn et al., 2016 ; Wickersham et al., 2013). En effet, il est difficile et contraignant pour les patientes ayant un partenaire, une vie professionnelle avec un taux d'occupation important, ainsi que des enfants à charge, de s'adapter à l'administration du traitement. De plus, les patientes ayant des proches indisposés, les empêchent de partager leur problème d'adhésion. Cela induit que les patientes se retrouvent seules face à cette responsabilité, ce qui engendre de l'anxiété, car elles craignent l'omission de la prise d'une dose. De ce fait, certaines patientes mentionnent qu'elles préfèrent recevoir un traitement intraveineux en ambulatoire, afin d'éviter les oublis et de pouvoir se confier sur les éventuels problèmes d'adhésion (Bourmaud et al., 2015, p. 5).

Comme précité, ce traitement implique d'avoir une organisation rigoureuse quant à la prise de cette thérapie orale. Or, lorsque les patientes ont des enfants et/ou travaillent, il est plus difficile de maintenir cette prise de médicaments de manière stricte (Bourmaud et al., 2015, p. 6).

## **Facteurs physiques et psychologiques**

### ***Les effets secondaires***

Il existe quatre articles qui répertorient des effets secondaires lors de la prise de traitements oraux (Bright et al., 2016 ; Muluneh et al., 2016 ; Pellegrini et al., 2010 ; Quinn et al., 2016). Plusieurs articles mentionnent que les effets secondaires insoutenables sont très élevés chez les patientes, ce qui amène à une adhésion sous-optimale (Pellegrini et al., 2010, p. 477 ; Quinn et al., 2016, p. 385). L'étude de Quinn suppose que « les patientes souffrant d'effets secondaires peuvent interrompre leur traitement pour leur permettre de travailler » (2016, p. 390).

L'article Muluneh et al. (2016) démontre que 45% (9/20) des patientes ont réduit leur chimiothérapie orale car leur médecin leur a conseillé d'arrêter. Parmi ces 45%, 35% ont arrêté à cause des effets secondaires. Un total de 38% (8/21) des patientes ont cessé la prise du traitement en raison d'effets secondaires sans l'accord de leur médecin. La neuropathie (n=10), la diarrhée (n=5), la fatigue (n=9), la nausée (n=7) et l'éruption cutanée (n=3) sont les effets indésirables les plus courants ( p. 4).

Les études de Pellegrini et al. (2010) et Quinn et al. (2016) mentionnent d'autres effets secondaires lors de la prise du tamoxifène tels que la thrombose, le cancer de l'endomètre, le développement ou l'aggravation des symptômes de la ménopause et le trouble de l'humeur (p. 477 ; p. 390).

Les patientes manquent d'informations quant aux effets secondaires du tamoxifène. Les femmes ont besoin d'explications médicales en particulier pendant les premiers mois de la prise du traitement. Informer, évaluer et gérer de manière appropriée les effets secondaires des patientes permettraient de surmonter ces difficultés (Pellegrini et al., 2010, p. 477 ; Quinn et al., 2016, p. 391).

De plus, suite à l'analyse des articles, nous constatons que passablement de patientes affirment qu'elles continueraient le traitement malgré des effets secondaires importants (Bourmaud et al., 2015, p. 4 ; Wickersham et al., 2013, p. 3). Les patientes craignent la décision de leur oncologue qui serait, selon elles, l'arrêt ou la diminution de leur thérapie (Bourmaud et al., 2015, p. 7). Le rôle de l'infirmier est d'être vigilant et de repérer les effets secondaires pour pallier à ceux-ci et ainsi améliorer la qualité de vie des patientes. Son rôle est également d'informer la patiente quant aux effets indésirables, afin que celle-ci adopte rapidement un comportement adéquat et favorise son empowerment individuel ainsi que l'adhésion thérapeutique.

### **Les facilitateurs à l'adhésion thérapeutique**

#### **Facteurs personnels**

##### ***Les croyances***

L'article de Bright et al. (2016) démontre que les croyances ont une influence favorable sur l'adhésion. En effet, penser de manière positive à propos de l'efficacité de la thérapie orale tel que « le médicament réduit les chances de récides de mon cancer » est opportun à une bonne adhésion. Ces croyances consolident la volonté des patientes d'adhérer au traitement. Il est recommandé de solliciter les patientes à repenser à la nécessité de prendre leur médicament (p. 249). De plus, sur 38 patientes, 16 d'entre elles pensent qu'il est nuisible pour la santé de manquer une dose (Bourmaud et al., 2015, p. 4). Malgré le fait qu'il s'agisse d'un petit échantillon, nous pouvons constater que les croyances sont des facteurs que les infirmiers doivent prendre en compte dans le but de les valoriser et de les clarifier si nécessaire. Le rôle

de l'infirmier est de connaître les croyances des patientes, afin d'adopter un langage adapté aux besoins de chaque individu (Quinn et al., 2016, p. 390).

Les patientes ayant un niveau d'étude primaire ont tendance à penser que la non-adhésion est préjudiciable pour la santé, ce qui favorise l'adhésion (Bourmaud et al., 2015, p. 4). Nous supposons alors qu'il faudrait sensibiliser davantage les personnes ayant un niveau d'étude de type universitaire sur les risques d'une adhésion inadéquate.

### ***La post-ménopause***

Certains articles mentionnent qu'après la ménopause, les femmes sont plus adhérentes au traitement du cancer du sein (McCowan et al., 2013 ; Pellegrini et al., 2010). Dans l'article de McCowan et al. (2013), 1'263 patientes ont participé à l'étude. Il y a 33% des femmes post-ménopausées qui ont une meilleure adhésion contre 28% qui adhèrent moins au traitement (p. 1175).

L'étude de Pellegrini et al. (2010) indique que les femmes d'un âge avancé sont plus susceptibles d'adhérer au traitement. Dans cette étude qualitative, une des participantes de 49 ans a mentionné qu'avec les années, il faut accepter les changements corporels liés à la ménopause, ceci facilite l'acceptation des effets secondaires se rapportant à la thérapie orale. Cette réflexion permet d'avoir une meilleure adaptation au traitement et ainsi améliorer son bien-être (p. 476). Le rôle de l'infirmier est de soutenir la patiente dans cette démarche d'acceptation.

## **Facteurs sociodémographiques**

### ***L'inactivité professionnelle / état civil***

Après analyse des articles, nous relatons que la thématique de la vie active contenait différents aspects positifs et négatifs sur l'adhésion thérapeutique. Concernant les facilitateurs à l'adhésion, les articles de Bourmaud et al. (2015) et Quinn et al. (2016) abordent le thème de la vie privée :

Les patientes ayant une vie régulière, des proches soutenant et disponibles ont déclaré que l'administration de la capécitabine est facile à organiser et qu'elle est bien tolérée. Elles partagent la responsabilité de l'adhésion avec leur partenaire qui les aide avec le calendrier des doses. Elles déclarent qu'elles étaient satisfaites et n'étaient pas anxieuses de prendre une chimiothérapie orale à la maison. (Bourmaud et al., 2015, p. 5)

Le statut de l'emploi est un élément-clé. Les personnes ayant une adhésion optimale sont principalement des patientes retraitées ou qui sont à plein temps à la maison. Nous supposons qu'elles n'ont aucune obligation professionnelle et/ou familiale et qu'elles peuvent donc adapter leur quotidien en fonction des effets liés au traitement. L'étude émet l'hypothèse que les patientes salariées subissant des effets indésirables sont susceptibles d'interrompre leur traitement afin de poursuivre leur activité professionnelle (Quinn et al., 2016, p. 390).

### **Lien avec le cadre théorique**

Les principaux résultats ressortis, lors de ce travail, ayant une influence négative sur l'adhésion thérapeutique sont l'âge, les effets secondaires, la vie active / état civil. A l'inverse, les facteurs qui influencent positivement l'adhésion thérapeutique sont la post-ménopause, l'inactivité professionnelle / état civil et les croyances.

Etant donné que le traitement oral est un autosoin d'adaptation, il est important que les infirmiers repèrent rapidement chez les patientes les difficultés rencontrées liées à la prise du médicament afin de pallier aux déficits en autosoin. Suite à cela et suite à l'analyse des articles, nous pouvons constater que les interventions infirmières seront principalement orientées vers le soutien et/ou l'éducation.

Afin de surmonter les barrières, plus précisément les effets secondaires, et ainsi respecter le concept d'autosoins, il est suggéré que les infirmiers effectuent une éducation thérapeutique avant que les patientes débutent la prise du traitement oral. En effet, l'éducation thérapeutique s'est avérée être une intervention infirmière efficace qui augmente l'adhésion chez les patientes souffrant de pathologies non-oncologiques. Il est alors conseillé de mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique lors de la prise de traitements oraux, dans le but de promouvoir l'empowerment individuel (Bourmaud et al., 2015, p. 7).

De plus, l'éducation thérapeutique trouve tout son sens dans la théorie d'OREM car, comme cité dans la partie « cadre théorique », un autosoin doit être appris et acquis. Le rôle de l'infirmier est d'accompagner les patientes dans cet apprentissage ou dans ce changement de comportement, pour que l'adhésion thérapeutique soit la meilleure possible.

### **Limites et forces**

Cette revue de littérature étoffée contient diverses limites. Notre recherche d'articles est limitée, c'est-à-dire, huit à dix études scientifiques. Il aurait été intéressant d'avoir d'autres articles afin d'appuyer certaines barrières et certains facilitateurs à l'adhésion thérapeutique. En effet, passablement de ces facteurs étaient mentionnés par un seul voire deux articles, ce qui ne nous permet pas de

généraliser certains de nos résultats. De plus, nous sommes limitées dans le temps, puisque nous avons environ 8 mois à disposition pour effectuer ce travail de Bachelor. Celui-ci a été réalisé en parallèle avec les cours et les stages.

Sur les huit articles sélectionnés, deux études possèdent un petit échantillon Bourmaud et al. (2015) (N=38) et Pellegrini et al. (2010) (N=34). Nous disposons de 6 études ayant de grands échantillons ; Muluneh et al. (2016) (N=152), Quinn et al. (2016) (N=261), Wickersham et al. (2013) (N=396), McCowan et al. (2013) (N=1263), Bright et al. (2016) (N=1354) et Herschmann et al. (2010) (N=15'143) ; cela permet une généralisation de certains résultats. Les devis de recherche sont diversifiés, il s'agit de méthodes quantitatives, qualitatives et mixtes permettant d'aborder et de décrire l'adhésion de façon complète sur toutes les dimensions.

Nous avons un large choix d'études à l'aide des mots MeSH malgré les critères d'inclusion et d'exclusion.

Parmi les articles choisis, tous répondent clairement à la problématique. Les barrières et les facilitateurs à l'adhésion thérapeutique y figurent.

## **Recommandations pour la recherche, la clinique et la formation**

### **La recherche**

Peu de recherches ont été rédigées sur les interventions infirmières augmentant l'adhésion thérapeutique au traitement systémique oral. Etant donné le nombre important de barrières à l'adhésion et l'expansion du marché des traitements oraux contre le cancer, il est nécessaire de continuer les recherches sur les interventions que les professionnels de la santé peuvent mettre en place. Afin que l'efficacité de la thérapie soit optimale, l'adhésion thérapeutique des patientes est primordiale.



Nous remarquons que les effets secondaires sont fréquents, le rôle des infirmiers est de collaborer avec la patiente, afin qu'elle puisse gérer ses symptômes, ceci à l'aide de la Théorie de Gestion des Symptômes (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Python, 2013).

### **La clinique**

Il est fondamental que les infirmiers en oncologie ambulatoire connaissent les facteurs influençant l'adhésion thérapeutique. Ceci dans le but de pouvoir intervenir de manière appropriée auprès des personnes présentant des facteurs de risque à la non-adhésion tels que des effets secondaires, un travail à plein temps et des croyances erronées sur le traitement. Ce qui permettra une prise en charge appropriée des patientes. L'une des interventions que les professionnels en oncologie pourraient effectuer est l'éducation thérapeutique dans le but d'enseigner aux patientes la gestion des effets secondaires, l'importance de l'adhésion thérapeutique ou encore le mode d'action du traitement. Cela peut se réaliser grâce à une collaboration efficace et efficiente entre les différents intervenants (Muluneh et al., 2016, p. 5). Le rôle de l'infirmier est de s'assurer de posséder des connaissances actualisées en s'appuyant sur des études scientifiques dans le but de prodiguer des soins de qualité et d'être un acteur essentiel dans le réseau de santé.

### **La formation**

Afin d'actualiser les connaissances sur l'avancée de la recherche médicale, il est fondamental d'intégrer les nouveautés dans les écoles de santé tels que les Hautes Ecoles de Santé. En ce qui concerne le domaine de l'oncologie, un module y est consacré. Il comprend la physiopathologie d'un cancer en général, l'approfondissement de certains cancers, les traitements, la prise en charge des effets

secondaires et des émotions. Cependant, aucun cours ne fait référence à l'adhésion thérapeutique. Etant donné qu'il existe de plus en plus de traitements anticancéreux oraux, nous trouvons qu'il est nécessaire de sensibiliser les futurs infirmiers sur le risque de non-adhésion des patientes et les interventions qui peuvent être mises en place.

## Conclusion

L'élaboration de cette revue de littérature étoffée a permis de répondre à l'objectif de l'étude qui était de mettre en évidence les barrières et facilitateurs à l'adhésion thérapeutique pour les femmes souffrant du cancer du sein, recevant un traitement systémique oral. Elle a permis d'approfondir des connaissances sur l'adhésion aux thérapies orales, ainsi que sur les facteurs l'influençant et de sensibiliser les professionnels de la santé sur cette thématique. Dans les études analysées, nous relatons que peu de facilitateurs sont mentionnés. En effet, certains articles ne contiennent aucun facilitateur à l'adhésion. Parmi les nombreuses barrières identifiées, nous constatons qu'il y a des barrières modifiables et non-modifiables. Concernant les facteurs non-modifiables, à savoir l'âge, la ménopause et le statut des récepteurs hormonaux, l'infirmier ne peut pas agir sur cet élément.

Ce travail relève des autres barrières principales à l'adhésion qui peuvent être modifiables ; les croyances, le manque de connaissances, le soutien émotionnel et les effets secondaires. Une collaboration entre les infirmiers et les différents corps de métier tels que l'oncologue, le physiothérapeute et le diététicien est primordiale dans le but de développer des stratégies de gestion des symptômes et d'améliorer la qualité de vie des patientes. Au vu des barrières et facilitateurs recensés dans cette revue, il est nécessaire de souligner l'importance du rôle infirmier dans la prise en compte des facteurs sociodémographiques (âge, situation professionnelle), physiques (effets secondaires, ménopause, poids) et psychologiques (croyances, soutien émotionnel). Offrir des soins personnalisés aux patientes a pour but de diminuer les barrières modifiables à l'adhésion thérapeutique et de renforcer les facilitateurs.

Des recherches à propos des interventions améliorant l'adhésion thérapeutique sont nécessaires, notamment sur l'efficacité des programmes d'éducation

thérapeutique. Il est essentiel de noter que nous ne sommes plus dans le paradigme du paternalisme mais que nous favorisons plutôt le partenariat.

Les résultats de cette recherche nous fournissent des bases pour des projets cliniques en oncologie afin d'obtenir une meilleure adhésion thérapeutique. Cette synthèse des barrières et des facilitateurs permet d'innover en matière de nouvelles interventions pour des recherches futures.

## Références

Amar, B., & Gueguen, J.-P. (1999). *Soins infirmiers-Concepts et théories démarche de soins* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Masson.

Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). *La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques* (1<sup>er</sup>). Neuchâtel, Suisse : Observatoire suisse de la santé (Obsan). Repéré à <http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-en-suisse-le-point-sur-les-maladies-chroniques>

Bouchardy, P. C., Lutz, D. J.-M., & Kühni, D. C. (2011). *Le cancer en Suisse, Etat et évolution de 1983 à 2007*. Office fédéral de la statistique(OFS), National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER), Registre Suisse du cancer de l'enfant (RSCE). Repéré à [http://www.nicer.org/assets/files/Krebs\\_in\\_der\\_Schweiz\\_f.pdf](http://www.nicer.org/assets/files/Krebs_in_der_Schweiz_f.pdf)

Bourmaud, A., Henin, E., Tinquaut, F., Regnier, V., Hamant, C., Colomban, O., ... Chauvin, F. (2015). Adherence to oral anticancer chemotherapy: What influences patients' over or non-adherence? Analysis of the OCTO study through quantitative–qualitative methods. *BMC Research Notes*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1231-8>

Bright, E. E., Petrie, K. J., Partridge, A. H., & Stanton, A. L. (2016). Barriers to and facilitative processes of endocrine therapy adherence among women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 158(2), 243-251. [https://doi.org/10.1007/s10549-016-3871-](https://doi.org/10.1007/s10549-016-3871-3)

3

Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. V. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application, The French version of the Symptom Management Theory and its application. *Recherche en soins infirmiers*, (112), 14-25. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0014>

Gasser, C., Graber, J., Gross, J., Nadot-Ghanem, N., Progin, E., Sager Tinguely, C., ... Waber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée* (Lamarre). France : (s.n.). Repéré à [http://www.unitheque.com/Livre/lamarre/etudiants\\_IFSI/Precis\\_de\\_chronicite\\_et\\_soins\\_dans\\_la\\_duree-46102.html](http://www.unitheque.com/Livre/lamarre/etudiants_IFSI/Precis_de_chronicite_et_soins_dans_la_duree-46102.html)

Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub3>

Hershman, D. L., Kushi, L. H., Shao, T., Buono, D., Kershenbaum, A., Tsai, W.-Y., ... Neugut, A. I. (2010). Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8,769 early-stage breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(27), 4120-4128. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.9655>

Institut National du Cancer. (2017). *Radiothérapie - Cancer du sein*. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Radiotherapie>

Lamoureux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous ?, 22, 31-34.

Mailhot, T., Cossette, S., & Alderson, M. (2013). Recherche en soins infirmiers, 124. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0094>

McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: a cancer journal for clinicians*, 61(1), 50-62. <https://doi.org/10.3322/caac.20093>



McCowan, C., Wang, S., Thompson, A. M., Makubate, B., & Petrie, D. J. (2013). The value of high adherence to tamoxifen in women with breast cancer: a community-based cohort study. *British Journal of Cancer*, 109(5), 1172-1180. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.464>

Mouret-Fourme, E., Stevens, D., & Noguès, C. (2005). Epidémiologie des cancers du sein en Europe. *La lettre du Sénologue*, (29), 6-9.

Muluneh, B., Deal, A., Alexander, M. D., Keisler, M. D., Markey, J. M., Neal, J. M., ... Dressler, L. G. (2016). Patient perspectives on the barriers associated with medication adherence to oral chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice: Official Publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners*, 1-12. <https://doi.org/10.1177/1078155216679026>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). OMS | Cancer du sein: prévention et lutte contre la maladie. [www.who.int/fr/](http://www.who.int/fr/). Repéré à <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index1.html>

Pellegrini, I., Sarradon-Eck, A., Soussan, P. B., Lacour, A.-C., Largillier, R., Tallet, A., ... Julian-Reynier, C. (2010). Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view. *Psycho-Oncology*, 19(5), 472-479. <https://doi.org/10.1002/pon.1593>

Quinn, E. M., Fleming, C., & O'Sullivan, M. J. (2016). Endocrine therapy adherence: a cross-sectional study of factors affecting adherence and discontinuation of therapy. *Irish Journal of Medical Science*, 185(2), 383-392. <https://doi.org/10.1007/s11845-015-1307-4>

Ruddy, K., Mayer, E., & Partridge, A. (2009). Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 59(1), 56-66. <https://doi.org/10.3322/caac.20004>

Schneider, M. P., Herzig, L., Hugentobler, D., & Bugnon, O. (2013). Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire. *Revue Médicale Suisse*. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-386/Adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2011). *Soins infirmiers- Médecine et Chirurgie* (Renouveau Pédagogique, Vol. 4). Bruxelles : De Boeck.

Société canadienne du cancer. (2017). *Analyse du statut des récepteurs hormonaux*. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/hormone-receptor-status-test/?region=qc>

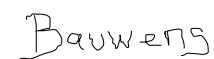
Wickersham, K., Sereika, S. M., & Bender, C. M. (2013). Pretreatment Predictors of Short-term Nonadherence to Oral Hormonal Therapy for Women with Breast Cancer. *Nursing research*, 62(4), 243-251. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318298fd70>

Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461-466. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.461-466>

**Déclaration sur l'honneur**

Par ce récit, nous déclarons avoir accompli ce travail de Bachelor de manière personnelle selon les normes de directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Nous affirmons que toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Bauwens Julie



Bettex Valentine



Stettler Nadia



## Annexes

## Grille de lecture d'un article scientifique

### Approche quantitative

#### Adherence to oral anticancer chemotherapy: What influences patients' over or non-adherence? Analysis of the OCTO study through quantitative–qualitative methods

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Bourmaud, A., Henin, E., Tinquaut, F., Regnier, V., Hamant, C., Colombar, O., ... Chauvin, F. (2015). Adherence to oral anticancer chemotherapy: What influences patients' over or non-adherence? Analysis of the OCTO study through quantitative–qualitative methods. <i>BMC Research Notes</i> , 8, 1-8. <a href="https://doi.org/10.1186/s13104-015-1231-8">https://doi.org/10.1186/s13104-015-1231-8</a>
Introduction Enoncé du problème	« Le traitement anticancéreux oral est de plus en plus utilisé chaque année, en particulier les agents cytotoxiques et les thérapies ciblées. Le principal avantage de l'administration orale est la réduction du nombre d'hospitalisations ce qui favorise l'autonomie des patients. Cependant, ces avantages peuvent être compromis puisque le patient doit être responsable de la prise de son traitement et de la surveillance de ces médicaments. Cela soulève deux domaines potentiellement préoccupants : l'adhésion du patient et l'apparition d'effets secondaires inconnus ».
Recension des écrits	<p>« Plusieurs études ont rapporté des taux d'adhésion du patient pour la capécitabine variant de 58 à 100%. Cette différence dépend de la méthode de mesure. Dans la plupart des études, le taux de non-adhésion reste à environ 20-25% .</p> <p>Les raisons de la non-adhésion peuvent être regroupées autour de trois thèmes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Facteurs personnels (croyance dans le traitement, état émotionnel);</li> <li>⤴ Facteurs de traitement (complexité du traitement, effets secondaires, coûts) et</li> <li>⤴ Facteurs liés au prestataire de soins (relation avec les professionnels de la santé, pratiques de prescriptions).</li> </ul> <p>Peu de facteurs ont été identifiés pour expliquer le non-respect de la prise orale de la capécitabine: le nombre de co-médicaments et le nombre d'effets secondaires. L'adhésion à la capécitabine est relativement élevée par rapport aux autres chimiothérapies du cancer de la bouche. Il a été suggéré qu'il n'y a qu'un groupe spécifique de patients qui sont non-adhérents et que l'amélioration d'interventions favorisant l'adhésion devrait être ciblée à ce seul groupe. Cependant, des effets secondaires graves se produisent encore avec la capécitabine et ceux-ci sont souvent liés à une sur-adhésion puisque, quand</p>

	les effets secondaires se produisent, il n'y a pas de surveillance médicale ou de gestion des doses, les patients continuent à prendre le médicament. Cette sur-adhésion a été observée, en particulier, avec la capécitabine ».
Cadre théorique ou conceptuel	Absent
Hypothèses	<p><b>Question/hypothèse</b> : Absent</p> <p>« L'objectif de l'étude OCTO (Observance à une ChimioThérapie Orale) est de modéliser l'observance des patients traités par capécitabine en ambulatoire. Une étude auxiliaire (OCTOquali) au sein de l'étude principale de l'OCTO a été menée en supposant qu'il existait des profils de patients déterminant leur non-adhésion ou sur-adhésion ?. L'identification de ces profils permettrait de proposer aux patients des programmes de formation adaptés aux besoins du patient pour une administration et un suivi adéquat. L'objectif principal de l'étude OCTOquali était de définir des profils de patients qui permettront de prédire et de prévenir le mauvais comportement des adhérents ».</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Méthode mixte
Population et contexte	<p><b>Contexte</b> : « Les patients ont été recrutés au département d'oncologie médicale de l'hôpital universitaire Lyon-Sud de Lyon ».</p> <p>Population-échantillon, critères d'inclusion/d'exclusion : « Des adultes atteints d'un cancer colorectal à un stade réséqué ou métastatique ou un cancer du sein à un stade localement avancé ou métastatique, avec indication d'un traitement ambulatoire de capécitabine, ont été dépistés par les oncologues et recrutés pour l'étude ».</p>
Considérations éthiques	« Un consentement éclairé écrit a été obtenu par chaque participant. L'étude a été approuvée par le comité éthique du Sud-Est n ° 4 ».
Collecte des données et mesures	<p><b>Méthode de collecte des données</b> : « OCTOquali a recruté des patients initiant un traitement par capécitabine par voie orale entre novembre 2008 et septembre 2011. Les patients ont répondu à un questionnaire à l'inclusion et un sous-groupe de patients a été interviewé 4-6 mois après l'inclusion dans l'étude pour explorer leurs croyances et leurs comportements liés à leur traitement. Ces résultats ont été analysés afin d'identifier les profils sociologiques chez les patients et de comparer ces profils avec les données d'adhésion des patients ».</p> <p><b>Outils de mesure</b> : Questionnaire et entretiens</p> <p>« Analyses statistiques : Toutes les analyses ont été réalisées en utilisant SAS (version 9.1) »</p>

Déroulement de l'étude	<p>« Les patients étaient suivis pendant six cycles de traitement. La dose de traitement était basée sur leur indice de masse corporelle (IMC) et prescrite sous forme de combinaison de comprimés de 150 et de 500 mg. Le traitement a été pris sous forme de doses du matin et du soir, à des intervalles exacts de 12 h, dans les 30 min suivant le repas. Les comprimés ne pouvaient pas être divisés pour faciliter la prise. Un cycle de traitement est de 14 jours suivi d'une semaine de repos. La moitié des patients (N = 20) ont reçu une bouteille de capécitabine munie d'un capuchon MEMS (Medication Electronic Monitoring Systems, Aardex) pour mesurer leur adhésion par voie électronique. À l'inclusion, les patients ont rempli un questionnaire initial explorant les caractéristiques socio-économiques et les croyances concernant leur nouvelle chimiothérapie orale, y compris l'adhésion auto-prédite. 4 à 6 mois après l'inclusion, les patients ont eu une entrevue semi-structurée, menée par un sociologue pour évaluer leurs représentations et les adaptations comportementales faites depuis le début du traitement à la capécitabine.</p> <p>Mesure de l'adhésion :</p> <p>L'adhésion a été mesurée pendant toute la prise du traitement (au maximum 6 cycles) en utilisant le système MEMS pour 20 patients: ce qui a permis de définir trois types d'adhésion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Les patients dont la variabilité du temps d'ouverture était supérieure à 1h ont été considérés comme ayant une mauvaise adhésion ;</li> <li>⤴ Les patients ayant une ouverture dont la variabilité temporelle était de &lt;15 min était considérée comme ayant une forte adhésion et</li> <li>⤴ Les patients avec une variabilité temporelle entre étaient considérés comme ayant une adhésion adéquate.</li> </ul> <p>Ces seuils ont été définis comme cliniquement pertinents par une équipe multidisciplinaire (deux oncologues et un sociologue). Les doses manquées étaient très rares dans cette cohorte donc nous n'avons pas mesuré l'adhésion de cette façon.</p> <p>Questionnaire</p> <p>Le questionnaire a été construit par un sociologue, un oncologue et un méthodologiste. Le questionnaire, contenant 32 questions fermées, portait sur les perceptions des patients et leurs attentes. Il a examiné les conditions socio-économiques, la relation avec leur oncologue, les croyances en efficacité et toxicité du traitement, l'adhésion attendue et les changements attendus dans le comportement liés à la prise de chimiothérapie orale.</p> <p>Entretien</p> <p>Des entrevues ont été proposées aux patients après la fin de la période de mesure de l'adhésion (6 cycles au plus). Les patients ont été recrutés au hasard pour les entrevues, l'échantillonnage continuant jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été conduits en face-à-face avec un sociologue, ont duré au moins 1h et ont étudié les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ le comportement et la perception de l'adhésion ;</li> <li>⤴ la compréhension du patient de son traitement et de sa gestion ;</li> <li>⤴ la place des proches dans la gestion du traitement ;</li> <li>⤴ la déclaration et la gestion des événements indésirables »</li> </ul>
------------------------	--

<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>« 38 patients ont été inclus dans l'étude OCTOquali. 20 d'entre eux ont été suivis par le système MEMS pendant toute la prise du traitement, jusqu'à l'arrêt soit la fin des 6 cycles. Pour les entrevues, 16 patients ont été inclus après la période de 6 cycles jusqu'à ce que la saturation des données soit atteinte. 4 patients ont refusé de mener l'entrevue.</p> <p>Analyses statistiques</p> <p>Les réponses des patients ont d'abord été analysées de façon descriptive par les fréquences (pourcentages) et les médianes (interquartiles). Ensuite, elles ont été analysées à l'aide d'une analyse de classification multiple (ACM) suivie d'une classification hiérarchique ascendante (CHA), qui est une procédure de regroupement hiérarchique agglomératif pour identifier statistiquement et graphiquement les groupes de patients. Les catégories d'adhésion identifiées avec les bouchons MEMS ont été projetées sur une carte de groupe ACM pour identifier graphiquement les groupes d'adhésion. Les patients sans adhésion mesurée avec des capsules MEMS ont été considérés comme ayant des données manquantes. Ensuite, les catégories d'adhésion ont été comparées à l'ensemble des groupes en utilisant des analyses univariées. Toutes les analyses ont été réalisées en utilisant SAS (version 9.1) avec un seuil de signification de <math>p &lt; 0,05</math>. Les entretiens ont été analysés avec des méthodes socio-analytiques : les différents éléments du chaque entrevue ont été reliés et ensuite soumis à une analyse de contenu. Les groupes identifiés avec les méthodes de l'ACM ont été associés aux résultats des analyses des entrevues afin d'évaluer la concordance des sujets communs, d'expliquer les résultats de l'ACM et de décrire les profils ».</p> <p>« Les groupes identifiés par le ACM et le CHA à l'aide des réponses au questionnaire ; 18 variables catégorielles (binaires ou ordinales) ont été sélectionnées pour leur pertinence afin de catégoriser les patients : variables socio-démographiques; relation avec le traitement; relation avec leur oncologue et perception de l'adhésion au traitement. En utilisant ces variables, la ACM a généré une carte en 2 dimensions représentant les variables indépendantes. Cette représentation graphique a été utilisée dans l'CHA pour définir des groupes de patients. Les observations les plus proches ont été fusionnées pour former un groupe et le processus a été réitéré jusqu'à l'apparition de trois groupes ».</p>
Présentation des résultats	<p>« Analyse du questionnaire</p> <p>L'âge moyen des 38 patients qui ont rempli le questionnaire était de 59 ans. La majorité des répondants sont des femmes (<math>n = 35</math>, 92%), un cancer du sein (<math>n = 33</math>, 87%), vivant en ville (<math>n = 26</math>, 68%), seuls 32% (<math>n = 12</math>) ont encore au moins un enfant vivant à domicile et 21% (<math>n = 8</math>) et ont une activité professionnelle.</p> <p>Le tableau 2 résume les sentiments des patients quant à leur traitement et à leur relation avec leur oncologue. Huit (21%) des patients ont indiqué qu'ils savaient qu'un autre traitement, impliquant une administration intraveineuse à l'hôpital, était disponible. Onze (29%) patients savaient la dose qu'ils devaient prendre. Ils ont dit qu'il y avait moins d'effets secondaires avec un traitement oral et généralement le traitement ambulatoire a donné plus d'avantages (autonomie, moins d'anxiété, moins d'effets secondaires - tous 71%) que d'inconvénients (le besoin de rigueur de l'administration du traitement, les tests sanguins et la solitude - tous 51%). Lorsqu'on leur a posé des questions sur la manière dont leur oncologue leur a fourni des renseignements, les patients ont affirmé qu'ils étaient satisfaits; seulement 3 (8%) des patients ont déclaré que les informations relatives aux effets secondaires étaient insuffisantes. Les patients ont dit vouloir gérer leur nouveau traitement; 13 ont dit qu'ils voulaient obtenir plus d'informations sur le traitement, 10 sur Internet. La majorité des patients, 26 (68%), ont</p>



dit vouloir ajuster leur style de vie pour prendre en compte l'administration du traitement. Onze (29%) patients ont dit qu'ils pouvaient manquer une dose et 4 qu'ils pouvaient manquer volontairement. 6 patients ont dit qu'il n'était pas un problème de manquer une dose. 16 patients pensent que manquer une dose est dangereux et 16 ont dit qu'ils ne voulaient pas répondre. Si un effet secondaire grave se produit, 33 patients (87%) ont déclaré qu'ils continueraient le traitement, avec ou sans consulter leur oncologue.

Les patients du groupe A :

- ⤴ avaient un niveau de scolarité plus élevé ;
- ⤴ étaient actifs sur le plan professionnel avec un poste de cadre ;
- ⤴ ils vivaient en couple avec des enfants ;
- ⤴ avaient l'intention d'obtenir plus d'informations sur leur traitement ;
- ⤴ pensaient généralement qu'ils pouvaient manquer des doses.

Les patients du groupe B :

- ⤴ était composé principalement de personnes à la retraite ;
- ⤴ avec un niveau d'instruction inférieur, qui pensaient que la non-adhésion était dangereuse.

Les patients du groupe C :

- ⤴ était composé de patients urbains ;
- ⤴ légèrement plus jeunes ;
- ⤴ avaient un niveau de scolarité plus élevé que les patients du groupe B ;
- ⤴ étaient en congé maladie ;
- ⤴ avaient déjà pris une chimiothérapie orale à domicile ;
- ⤴ affirmaient qu'il n'était pas possible de manquer une dose.

Résultats d'adhésion avec les registres MEMS

Parmi les 20 patients dont l'adhésion a été mesurée électroniquement, l'adhésion a été globalement estimée comme concordante avec la prescription puisque seulement 23 doses manquées ont été enregistrées pour 2'272 doses prescrites (99% d'adhésion). Deux patients ont été classés comme étant moins adhérents (10%), 4 comme très adhérents (20%) et 14 (70%) comme étant adéquatement adhérents, basés sur l'intervalle inter-doses moyen estimé à 12h15. L'écart-type pour la dose du matin a été estimé à 1h003 h et 1h06 pour les doses du soir.

Profil du groupe et association du comportement d'adhésion

Lorsque les trois catégories d'adhésion ont été projetées sur une carte, les patients classés comme étant peu adhérents ont été localisés à proximité du groupe A. Les deux autres catégories d'adhésion (adhérent adéquat, très adhérent) étaient situées

	<p>près du groupe B. Lorsque la concordance entre les groupes et l'emplacement de l'adhésion a été testée, le groupe B a été significativement associé à une adhésion adéquate (<math>p = 0,049</math>). Les deux associés n'étaient pas statistiquement significatifs. Comparaison des résultats de l'entrevue et des résultats de l'ACM: confirmation des profils par une méthode mixte :</p> <p>Les entretiens ont identifié deux profils différents basés sur des sentiments et des comportements liés au risque de non-adhésion à la capécitabine (fichier additionnel 1 : Tableau S1). ACM a montré qu'un profil était similaire au groupe A et l'autre était semblable aux deux groupes B et C. Les patients qui avaient une vie active, avec un partenaire actif et des enfants encore à la maison, ont déclaré qu'il était difficile et contraignant de s'adapter à l'administration de capécitabine. Ils ont déclaré que leurs proches étaient trop occupés et n'étaient pas disponibles pour partager leur problème d'adhésion, laissant le patient seul avec cette responsabilité. Cette solitude a généré de l'anxiété chez ces patients, qui s'inquiétaient d'oublier de prendre une dose. Ces patients ont aimé l'idée d'une administration IV dans un milieu hospitalier, afin de diminuer leur solitude en parlant avec l'équipe soignante. En revanche, les patients ayant une vie régulière et des proches disponibles et de soutien ont déclaré que l'administration de la capécitabine était facile à organiser et ils l'ont bien tolérée. Ils ont partagé la responsabilité de l'adhésion avec leur partenaire qui les a aidés avec le calendrier des doses. Ils ont déclaré qu'ils étaient satisfaits et n'étaient pas anxieux de prendre une chimiothérapie orale à la maison. Nous n'avons pas pu identifier les profils des patients pour leurs sentiments et leurs comportements liés aux effets secondaires et à la sur-adhésion. Ils ont tous eu une grande attente dans l'efficacité de ce traitement. Cet espoir a dépassé toute critique sur la prise de capécitabine et tout effets secondaires. Face à l'apparition des effets secondaires, tous les patients ont développé leur propre stratégie de gestion afin de continuer à prendre le traitement quel que soit le coût car ils craignaient la réduction de la dose ».</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Cette étude a combiné des méthodes statistiques descriptives complexes et une approche sociologique pour identifier, expliquer et confirmer deux profils d'adhésion : adéquatement adhérents (groupe B) et moins adhérents (groupe A).</p> <p>✎ Les patients sans obligation professionnelle ou familiale, à la retraite et menant une vie calme et programmée ont été jugés adéquatement adhérents. L'adhésion a été améliorée lorsque le patient avait un parent qui les aidait à gérer leur traitement avec eux. Ces patients avaient un niveau d'éducation inférieur et suivaient strictement la prescription, de peur d'oublier une dose.</p> <p>✎ Les patients ayant une vie active irrégulière, avec des obligations familiales et professionnelles étaient plus susceptibles d'être non-adhérents. Garder un calendrier lorsque des événements inattendus et externes peuvent se produire sont plus difficiles. Ces patients ont éprouvé une solitude et pensaient bénéficier d'un contact avec un professionnel de la santé, pour partager le fardeau du traitement, même si cela impliquait de remplacer le traitement oral par un traitement par voie intraveineuse. Ces patients avaient un niveau d'étude plus élevé et étaient plus conscients qu'ils pouvaient manquer une dose de leur traitement. Cela souligne qu'ils ont davantage besoin d'un soutien spécial pour les aider à gérer leur traitement.</p>

	<p>Les résultats ont démontré que les patients sous capécitabine par voie orale adhèrent généralement à leur traitement, ceux du groupe A étant occasionnellement non-adhérents.</p> <p>L'apparition des effets secondaires et leur gestion ont été les principaux problèmes pour tous les patients car ils ont tous déclaré avoir subi des effets secondaires, souvent très sévères (62,5%). Les entretiens avec le sociologue ont révélé que certains de ces effets secondaires étaient probablement attribuables à une sur-adhésion: tous les patients avaient des attentes élevées quant à l'efficacité du traitement par la capécitabine et étaient tous prêts à souffrir de tous types d'effets secondaires tant que le traitement n'est pas arrêté. Ainsi, ils ont développé leurs propres stratégies pour gérer les effets secondaires et ont hésité à informer leur oncologue par peur que le traitement soit arrêté. Ce comportement pourrait aggraver les effets secondaires ce qui suggère qu'un besoin de soutien pour enseigner aux patients comment gérer les effets secondaires est nécessaire. Les résultats d'adhésion sont cohérents avec les résultats précédemment publiés, c'est-à-dire 100% si l'adhésion est définie comme le nombre de comprimés oubliés. Cependant, lorsque l'adhésion est mesurée avec des outils plus spécifiques, certains patients sont moins adhérents que les autres (de 40 à 9%), selon les études, de sorte que l'estimation de 10% des patients non-adhérents sont à l'extrémité inférieure de cette gamme, mais restent cohérents. Certaines études qui ont mesuré la sur-adhésion ont indiqué que cela se situait entre 4 et 44%. Cette étude a spécifiquement mesuré l'adhésion, mais les croyances et les comportements des patients liés à la sur-adhésion ont plutôt été analysés. Tous les patients ont déclaré qu'ils pouvaient être sur-adhérents pendant les entretiens, ce qui a entraîné un risque de sur-adhésion de 100%. Cela a été soutenu par leurs fausses idées concernant l'efficacité et les effets secondaires signalés sur le questionnaire qu'ils ont complété lorsqu'ils ont reçu la prescription. Les patients ont systématiquement surestimé l'équilibre entre les avantages et les inconvénients du traitement oral. Ils ont sous-estimé le risque d'effets secondaires. Même avant le début du traitement, 10,5% des patients ont déclaré qu'ils n'arrêteraient pas le traitement si des effets secondaires se produisent. Cette appréciation a augmenté avec le temps, comme cela a été observé dans les entretiens. Les résultats ont démontré qu'il y avait une bonne relation entre l'oncologue et le patient; seulement trois patients pensaient que les explications sur les effets secondaires étaient insuffisantes et qu'un seul patient pensait que les explications sur le traitement étaient insuffisantes).</p> <p>Les résultats ont montré que les patients étaient motivés à être un intervenant actif à leur prise en charge: 34,2% ont indiqué qu'ils allaient trouver plus d'informations sur le traitement et 68,4% ont déclaré qu'ils allaient organiser leur vie quotidienne autour de l'administration du traitement. Ces deux attitudes positives devraient être utilisées par les professionnels de la santé pour améliorer la gestion efficace de l'administration du traitement et la surveillance par les patients. Les patients semblaient désireux de devenir indépendants de leur traitement, de sorte qu'une solution pourrait être que leur oncologue pourrait leur proposer de participer à un programme pour les aider à gérer leur traitement. Un programme d'éducation thérapeutique semble être l'intervention la plus pertinente dans ce contexte. Les programmes d'éducation thérapeutique se sont révélés efficaces pour améliorer l'adhésion au traitement chez les patients atteints de pathologies non-oncologiques. Il est recommandé dans le cadre du traitement de la capécitabine orale et favoriserait l'empowerment des patients ».</p>
--	--

	<p><b>Limites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✧ « La principale limitation de cette étude est que seulement 38 patients ont été inclus, avec seulement 20 d'entre eux ayant une adhésion mesurée avec MEMS. Cela a entraîné un manque de puissance et des résultats non significatifs pour 2 des 3 profils identifiés. Cependant, les analyses CHA et ACM nous ont permis d'identifier un profil d'adhésion adéquat. Il semblerait, graphiquement, qu'il y ait une relation étroite entre la faible adhésion et le groupe A, même si cela n'était pas statistiquement significatif. De plus, les analyses de contenu des 16 entretiens du sociologue ont fourni une multitude d'informations cohérentes avec les résultats quantitatifs et les résultats confirmés.</li> <li>✧ Une autre limitation est le petit nombre de patients avec une adhésion médiocre et élevée. Il est donc difficile de dire si le manque d'association entre ces profils et le comportement d'adhésion est dû au manque de pouvoir statistique ou s'il n'y a pas d'association.</li> <li>✧ La dernière limite est qu'il n'y a pas eu de mesure objective de la sur-adhésion et de l'évaluation de sa relation avec l'apparition et la gravité des effets secondaires, bien qu'il semble que cette hypothèse soit valable en fonction des entrevues des patients. Les résultats de cette étude doivent maintenant être confirmés dans une étude plus vaste. Ces profils pourraient être utilisés pour développer des interventions éducatives ciblées dans le but d'améliorer l'adhésion et la gestion des effets secondaires grâce à l'autonomisation des patients ».</li> </ul> <p><b>Conclusion :</b></p> <p>« En conclusion, cette étude, avec une méthode mixte quantitative et qualitative, a identifié un profil d'adhésion adéquat pour la capécitabine orale. Il semble également y avoir un profil spécifique de faible adhésion. Les résultats montrent que la sur-adhésion et la gestion inadéquate des effets secondaires sont des problèmes majeurs liés au traitement par la capécitabine par voie orale et fournissent des explications sur le comportement des patients ».</p>
Perspectives futures	« Les études futures devraient confirmer ces résultats et évaluer le rôle des interventions éducatives thérapeutiques ».

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.  
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative

#### Adherence to oral anticancer chemotherapy: What influences patients' over or non-adherence? Analysis of the OCTO study through quantitative–qualitative methods

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Référence bibliographique</b>	Bourmaud, A., Henin, E., Tinquaut, F., Regnier, V., Hamant, C., Colombar, O., ... Chauvin, F. (2015). Adherence to oral anticancer chemotherapy: What influences patients' over or non-adherence? Analysis of the OCTO study through quantitative–qualitative methods. <i>BMC Research Notes</i> , 8, 1-8. <a href="https://doi.org/10.1186/s13104-015-1231-8">https://doi.org/10.1186/s13104-015-1231-8</a>				
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Le titre est clair et précis. Le sujet de l'étude est indiqué dans le titre.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Le résumé contient la problématique, le but, l'introduction, la méthodologie, les résultats, la conclusion et le devis de recherche (mixte)
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Le problème est énoncé au début de l'introduction.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			La recension des écrits résume les connaissances sur les variables.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Pas de définition du cadre théorique et conceptuel.
<b>Hypothèses</b>	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		x		Pas d'hypothèse formulée dans le texte.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?		x		Car il n'y a pas d'hypothèse.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Le devis de recherche est explicite, il est mentionné dans le titre. C'est un devis mixte.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			Oui, il détaille suffisamment l'échantillon. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été mentionnés.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		x		La taille de l'échantillon est petite, cela a entraîné un manque de puissance et des résultats non significatifs pour 2 des 3 profils identifiés.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?		x		Ils ne sont pas détaillés.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?		x		Les variables ne sont pas décrites.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			La procédure de recherche a été expliquée, on sait comment l'étude a été réalisée. C'était un questionnaire, des entretiens et analyses statistiques. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de chaque participant. De plus, l'étude a été approuvée par le comité éthique du Sud-Est n°4.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?		x		Il n'y a pas d'hypothèse.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Ils sont présentés de manière claire dans la partie des résultats et sous forme de tableaux, figures : Figure 1 : patients inclus dans la cohorte OCTOquali Figure 2 : La représentation graphique des trois groupes identifiés par la classification hiérarchique ascendante (CHA), avec projection des données d'adhésion, ont été obtenues pour les 20 patients contrôlés par des capsules MEMs. Tableau 1 : Caractéristiques détaillées de l'échantillon

					Tableau 2 : Les réponses au questionnaire Tableau 3 : Description des trois groupes identifiés par AMC et CHA.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		x		Etant donné qu'il n'y a pas de cadre théorique et conceptuel.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Les chercheurs suggèrent de faire une autre étude pour confirmer les résultats et évaluer le rôle des interventions éducatives thérapeutiques.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Ils sont conscients qu'il y a de nombreuses limites concernant l'étude.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherches à venir ?	x			Les conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherches à venir sont expliquées à la fin du paragraphe de la conclusion. Une autre étude est nécessaire.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			x	L'organisation de l'article est complète, nous trouvons le titre, le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion, la conclusion et les références bibliographiques. Le devis de recherche est précisé explicitement.  L'introduction ne comprend pas d'hypothèse, l'article ne comprend pas de cadre théorique et conceptuel, les variables ne sont pas mentionnées.  En conclusion, il manque quelques informations pour pouvoir effectuer une analyse minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique	x			L'étude a permis d'identifier un profil d'adhésion adéquat pour la capécitabine orale. Il semblerait y avoir un profil spécifique de faible adhésion. Des études futures devraient confirmer ces résultats. De plus, les résultats montrent que la sur-

	infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				adhésion et la gestion inadéquate des effets secondaires sont des problèmes majeurs et permettent de fournir des explications sur le comportement des patients. Le rôle de l'infirmière serait, dans ce cas, d'effectuer des interventions éducatives thérapeutiques afin de minimiser les comportements à risque.
--	--	--	--	--	--



## Grille de lecture d'un article scientifique

## Approche quantitative

## Barriers to and facilitative processes of endocrine therapy adherence among women with breast cancer

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Bright, E.E., Petrie,K.J., Patridge, A.H., Stanton, A.L. (2016). Barriers to and facilitative processes of endocrine therapy adherence among women with breast cancer. <i>Preclinical study</i> , 243-251. doi: 10.1007/s.10549-016-3871-3
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	« Le traitement des maladies chroniques et la prévention de la progression et de la récurrence de la maladie, impliquent souvent l'adhésion à long terme aux médicaments sur ordonnance dans le cancer du sein. Malgré le bénéfice de survie grâce aux traitements endocriniens, la non-adhésion reste élevée. »
Recension des écrits	<p>« Aux Etats-Unis, le cancer du sein est une des principales causes de décès chez les femmes. Les traitements endocriniens ont amélioré le pronostic pour environ 70% des femmes atteintes de tumeurs positives aux récepteurs des œstrogènes et de la progestérone. Cinq ans de traitements endocriniens étaient la prescription standard jusqu'à récemment, mais un minimum de 10 ans de traitements endocriniens après traitement primaire sont maintenant considérés comme nécessaire chez certains patients, ce qui rend l'adhésion particulièrement difficile. L'adhésion chez les femmes atteintes d'un cancer du sein est essentielle parce que la non- adhésion (c'est-à-dire l'incapacité de prendre le médicament comme indiqué) et la non-résistance (c'est-à-dire l'incapacité de prendre le médicament pendant la durée prescrite) prédisent une survie plus faible. Une revue systématique de 29 études a révélé une prévalence de 12 à 59% de non-adhésion pour le tamoxifène et une prévalence de non-adhésion de 9 à 50% pour les inhibiteurs d'aromatase (IA). En ce qui concerne la non résistance, elle variait de 31 à 73% après 5 ans. Une non-adhésion élevée et une non-persistance, demande d'enquêter sur les obstacles et les facilitateurs de l'adhésion optimale. »</p> <p>« Les corrélations significatives de la non-adhésion comprennent l'âge (<math>\leq 45</math> et <math>\geq 85</math> ans), les coûts des médicaments, la comorbidité et les effets secondaires. Dans une étude qualitative, les femmes qui ont déclaré une meilleure adhésion ont estimé que des effets secondaires gênants étaient compensés par un risque réduit de récurrence. Une étude quantitative a révélé que la non-adhésion était associée à la croyance qu'il n'y avait rien à gagner à prendre du tamoxifène. Alors que l'adhésion était associée à la croyance que le tamoxifène arrêterait la progression du cancer. L'étude transversale a révélé que la non-adhésion est significativement associée à un statut socioéconomique faible, un changement dans les traitements endocriniens, une mauvaise relation avec l'oncologue, un besoin plus élevé et d'avantage d'émotions</p>

	<p>négatives concernant la thérapie endocrine. Cette étude cherche à tirer parti de ces résultats pour caractériser les obstacles rencontrés par les femmes, tout en prenant la thérapie endocrinienne et leur façon de les surmonter. »</p> <p>« Dans cette étude, les obstacles sont définis, comme des facteurs susceptibles d'entraver l'adhésion à la thérapie endocrinienne. Les obstacles dans le domaine cognitif incluent des réflexions sur l'inefficacité du traitement ou l'inconvénient de prendre un médicament par jour, par exemple. Les barrières affectives incluent des émotions négatives sur la thérapie endocrinienne (par exemple, détester prendre des pilules, la peur des effets secondaires potentiels). Les barrières comportementales impliquent des actions qui rendent l'adhésion moins probable (par exemple, mettre les pilules hors de vue). Les obstacles peuvent également impliquer des facteurs relationnels, par exemple, les patients de familles en conflit déclarent une adhésion inférieure à celles des familles avec une bonne entente. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Hypothèses	<p><b>Question/hypothèse</b> : « Dans un échantillon de 1371 utilisateurs de la thérapie endocrinienne, l'étude a testé l'hypothèse que les barrières seraient associées à une adhésion inférieure, mais les facilitateurs pourraient compenser la présence des barrières (c'est-à-dire l'interaction facilitateur X barrière). L'étude a exploré si les trois domaines (cognitifs, affectifs, comportementaux) des barrières et des facilitateurs expliquent une variance unique de l'adhésion aux médicaments. »</p> <p><b>But</b> : « Cette étude, a examiné les obstacles et les facilitateurs de l'adhésion à la thérapie endocrinienne chez les femmes atteintes de cancer du sein »</p>
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	C'est une étude quantitative
Population et contexte	<p><b>Contexte</b> : "Dr. Susan Love Research Foundation's Army of Women Registry"</p> <p><b>Population-échantillon, critères inclusions/exclusions</b> :</p> <p>Patients : « Environ 51 000 femmes atteintes de cancer du sein ont été invitées à participer à un courrier électronique, dont 2341 ont indiqué un intérêt et ont répondu aux critères d'éligibilité. Sur les 2086 utilisateurs actuels de la thérapie endocrinienne, 1371 (66%) ont terminé une deuxième enquête sur l'adhésion aux médicaments et ont été inclus dans les analyses (n = 1371). »</p>

	<p><i>Critères d'inclusion</i> : « Les femmes, qui avaient au moins 18 ans ayant un cancer du sein, prenant actuellement ou ont pris au cours des 12 derniers mois du tamoxifène (Nolvadex), l'anastrazole (Arimidex), l'exemestane (Aromasin) ou le létrozole (Femara), capable de compléter un sondage en ligne et vit aux États-Unis »</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Méthode de collecte des données :</b></p> <p>« Les participants ont répondu en ligne à des questions ouvertes et fermées sur les pensées, les sentiments et les comportements liés à la thérapie endocrinienne. L'étude a recueilli des informations sur l'âge, la race / l'origine ethnique, l'état matrimonial, l'emploi, l'état financier perçu, la date et le stade du diagnostic du cancer, le type et la durée du traitement endocrinien, l'état de la ménopause et le mode de paiement des médicaments. »</p> <p><b>Outils de mesure :</b></p> <p>« Le test de prévention du cancer du sein (BCPT) comporte des échelles de symptômes avec des éléments ajoutés pour les effets secondaires d'AI. Les participants ont répondu s'ils avaient été dérangés par l'un des 47 symptômes au cours des 4 dernières semaines. »</p> <p>« Les participants ont évalué à partir de dix attitudes différentes, leurs émotions envers une thérapie endocrinienne. Les émotions négatives et positives étaient, respectivement, tristes, agacées, tendues, réticentes, en colère (<math>x = 0.83</math>), et heureuses, calmes, enthousiastes, réconfortées, acceptant (<math>x = 0.81</math>). »</p> <p>« Le formulaire d'inventaire de l'alliance de travail de 10 items a été complété concernant l'oncologue actuel des participants (1 est fortement en désaccord, 5 tout à fait d'accord). La cohérence interne était <math>x = 0.93</math>. »</p> <p>« Les obstacles et les facilitateurs pour l'utilisation de la thérapie endocrinienne ont été évalués à l'aide de cinq questions fermées et cinq questions ouvertes. »</p> <p>« Des codes pour les réponses qualitatives ont été créés par le premier auteur pour refléter les domaines de la plus grande littérature sur l'adhésion aux médicaments, l'adhésion à la thérapie endocrinienne, le modèle de croyance en santé et la théorie du comportement planifié. »</p> <p>« Une version adaptée de 8 éléments de l'échelle Morisky Medication Adherence Scale a été utilisée. L'échelle de Morisky a une bonne utilité pour mesurer l'adhésion aux médicaments à travers les maladies. Les questionnaires sur l'auto-déclaration de l'adhésion aux médicaments montrent une affinité modérée avec les mesures d'adhésion. Une échelle de type likert a été utilisée pour les réponses (1 jamais, 5 toujours). »</p> <p>« Des variables composites ont été créées : barrière cognitive, barrière affective, barrière comportementale, barrière récurrente, barrière contre les effets secondaires, barrière familiale / personne aimée et barrière concernant la profession</p>

	<p>médicale. Les mêmes composites ont été créés pour les facilitateurs. Une variable mixte (présence à la fois d'une barrière et d'un facilitateur) a été créée pour les effets secondaires afin de mieux capturer le contenu des réponses des femmes. »</p> <p>« Les statistiques descriptives ont été calculées pour les données démographiques et médicales, les symptômes liés au traitement du cancer et les barrières codées et les facilitateurs. Des corrélations d'ordre zéro ont été examinées pour déterminer les covariables supplémentaires. »</p> <p>« Dans plusieurs régressions hiérarchiques linéaires, les scores d'adhésion ont été régressés selon une caractéristique démographique et médicale (âge, situation financière, éducation, nombre de médicaments, changement de thérapies), psychosocial (c.-à-d., qualité des relations médecin-patient), une variable spécifique à la thérapeutique endocrinienne (c.-à-d. Le besoin perçu de traitement endocrinien à long terme, les émotions négatives concernant le traitement endocrinien) et les variables barrières et facilitatrices. »</p> <p>« Des régressions hiérarchiques ont également été effectuées sans la deuxième étape du modèle, pour déterminer l'utilité prédictive des variables des barrières et des facilitateurs, sans contrôler les prédicteurs significatifs de l'étude semblable. »</p>
Déroulement de l'étude	<p>« À la suite de l'approbation du Conseil d'examen institutionnel, les participants ont été recrutés par courrier électronique par l'Armée de femmes de la Fondation Susan (Dr. Susan Love Research Foundation's Army of Women Registry), qui comprenait environ 51 000 femmes diagnostiquées avec un cancer du sein. En janvier 2012, une invitation par courrier électronique comprenait une description des thérapies endocriniennes. Ensuite, les participantes ont répondu en ligne à des questions ouvertes et fermées sur les pensées, les sentiments et les comportements liés à la thérapie endocrinienne. Deux semaines plus tard, les femmes ont été invitées à compléter un deuxième questionnaire en ligne concernant l'adhésion actuelle à la thérapie endocrinienne. »</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>« Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêt potentiel »</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>« En moyenne, les participants (n = 1371 utilisateurs de la thérapie endocrinienne) avaient 56 ans, diagnostiqués depuis près de 5 ans et avaient des maladies de stade précoce. La majorité des participants étaient blancs non-hispaniques (93%), employés (57%), mariés (76%) et avaient terminé leurs études (73%). En moyenne, les femmes avaient pris leur traitement endocrinien actuel pendant 2 ans et 49% des femmes prenaient une autre thérapie endocrinienne ; L'anastrazole était la thérapie la plus souvent prescrite. »</p>
Présentation des résultats	<p>« Les résultats de l'étude sont présentés à l'aide de 4 tableaux et d'une figure supplémentaire. Le premier tableau aborde les questions fermées sur les obstacles et les stratégies d'adhésion à la thérapie endocrinienne. Les deuxième, troisième et quatrième tableaux abordent la régression du score de l'adhésion par la présence ou l'absence de barrières et de stratégies facilitatrices. »</p>

	<p>« Tableau 1 : En ce qui concerne les questions fermées, 36% des participants ont répondu «oui» à la question concernant les facteurs qui rendent la thérapie endocrinienne difficile et 31% des participants ont déclaré utiliser des stratégies pour augmenter la motivation pour continuer à prendre le médicament. Pour les questions fermées concernant les stratégies visant à accroître la motivation à adhérer, 46,6% des participants ont déclaré utiliser de l'auto-conversation (monologue), 59,7% se sont rappelé de quelque chose rapporté par le médecin et 24,4% se sont rappelé de quelque chose dit par un membre de la famille, un ami ou un autre patient. Une analyse plus approfondie des réponses a révélé que 29% des femmes utilisaient un monologue faisant allusion à la récurrence exemple : «je dois aller avec ce qui est connu en ce moment, et actuellement ce médicament est censé aider à réduire la récurrence» et «je me rappelle le risque réel de récurrence / métastase» ) et 46,5% des femmes se rappelaient de quelque chose rapporté par un médecin faisant allusion à la récurrence (exemple : « dès que j'ai rencontré l'oncologue, il a déclaré que l'Arimidex serait l'acteur majeur dans la prévention de la récurrence. C'était assez bon pour moi »et « Il m'a donné les statistiques sur le cancer récurrentes avec ou sans prendre le médicament spécifique à mon type de cancer du sein ».) »</p> <p>« En réponse à la question ouverte concernant les obstacles, 43% des femmes ont mentionné des effets secondaires. Des exemples de réponse concernant les effets secondaires incluent : « J'ai une ostéopénie » et «Je ne l'ai pas encore compris, mais je travaille là-dessus. J'ai une insomnie terrible, des douleurs articulaires et j'ai encore des bouffées de chaleur (la nuit) et je ne sais toujours pas comment résoudre ces symptômes afin que je puisse dormir parce que je ne peux pas remplacer les hormones ». »</p> <p>« Tableau 2-3 : Le score d'adhésion a été diminué par la présence de barrières et de processus de facilitation. Les prédicteurs statistiquement significatifs de l'étude parentale sont restés significatifs. Le modèle de régression finale représentait 17% de la variance de la non-adhésion. Les facteurs psychosociaux et endocriniens représentaient la plus grande proportion de variance (13%), suivie de variables médicales / démographiques (3%) et des barrières et stratégies (1%). »</p> <p>« L'interaction facilitateur vs les barrières n'était pas significative. Lorsque les facteurs spécifiques à la thérapie psychosociale et au traitement endocrinien n'étaient pas inclus dans le modèle, le modèle expliquait 6% de la variance. La présence de tout obstacle à l'adhésion au médicament a été significativement associée à la non-adhésion (<math>P &lt; 0.001</math>), mais l'utilisation de toute stratégie pour augmenter la motivation n'était pas présente. »</p> <p>« L'auto-évaluation de l'adhésion a été régressée par la présence d'obstacles et de processus de facilitation liés spécifiquement aux effets secondaires. Le modèle de régression final a représenté 4% de la variance de la non-adhésion. Les variables médicales / démographiques et les obstacles et les facilitateurs liés aux effets secondaires, représentaient chacun 2% de la variance de la non-adhésion. La signalisation de la présence d'une barrière associée aux effets secondaires était liée à une plus grande non-adhésion (<math>P &lt; 0.05</math>) mais signalant une stratégie de facilitation associée aux</p>
--	--

	<p>effets secondaires ou à la fois une barrière associée aux effets secondaires et une stratégie de facilitation (mixte) ne l'étaient pas. »</p> <p>« Un exemple à partir des données d'une barrière liée aux effets secondaires est : « J'ai récemment arrêté de prendre Arimidex pendant les 3 derniers mois, j'étais en colère contre les effets secondaires ». »</p> <p>« Les stratégies de facilitation liées aux effets secondaires impliquent des commentaires sur la façon dont les femmes ont surmonté des effets secondaires (Par exemple, « j'ai constaté que prendre du tamoxifène la nuit avant que je me couche a aidé avec les maux de tête que je pouvais avoir »). »</p> <p>« Un exemple d'une déclaration mixte qui comprend à la fois une barrière liée aux effets secondaires et une stratégie de facilitation est : « Je me dis que je suis encore là pour avoir les effets secondaires - ce qui semble mieux que autre chose ». »</p> <p>« Parmi les variables démographiques / médicales et thérapeutiques endocriniennes, seule la nécessité de la tolérance du traitement endocrinien et les émotions négatives liées à la thérapie endocrinienne sont demeurées des prédicteurs significatifs de l'adhésion. La présence d'une barrière comportementale était également associée à une non-adhésion supérieure (<math>P &lt; 0.05</math>). Des exemples de barrières comportementales incluent : « Je prenais 4 comprimés d'Aleve tous les jours pour les douleurs articulaires. Cela a contribué à des problèmes GI (glycemic index) ... et je n'étais pas à l'aise avec l'idée de prendre cette dose de façon chronique. L'exercice n'a pas allégé la douleur au-delà du temps que je bougeais et « d'éviter le médicament ». »</p> <p>« Figure supplémentaire : Les barrières comportementales vs interaction facilitateur étaient significatives (<math>P &lt; 0,01</math>). Des effets simples pour la relation entre la non-adhésion et les barrières comportementales ont été testés aux valeurs qui indiquent : l'absence (0) et la présence (1) des facilitateurs comportementaux. La présence d'une barrière comportementale, en l'absence d'un facilitateur comportemental, a été associée à une adhésion inférieure, [<math>F(1, 453) = 19,735, P &lt; 0,001</math>] de sorte que les participants ayant une barrière comportementale et aucun facilitateur avaient la plus faible adhésion. En l'absence de barrières comportementales, l'endossement du facilitateur comportemental n'a pas été associé à l'adhésion, [<math>F(1, 453) = 1,473, P = 0,226</math>]. »</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Les résultats de 1371 femmes qui prenaient actuellement une thérapie endocrinienne indiquent qu'une minorité importante de femmes déclarent avoir des obstacles à l'adhésion (36%) et des stratégies pour maintenir l'adhésion (31%). En réponse à des questions fermées (oui / non) sur des stratégies de facilitation spécifiques, la plus grande proportion de participants se rappelle de quelque chose rapporté par un docteur (60%). Des recherches antérieures soulignent également l'importance de la relation médecin-patient pour l'adhésion à la thérapie endocrinienne. Il est à noter que beaucoup moins de femmes se rappelle de quelque chose dit sur le maintien de l'adhésion par une personne autre (par exemple, un ami, un membre de la famille, un autre patient), et aucune variable interpersonnelle n'était</p>

	<p>significativement associée à l'adhésion. Cette constatation est incompatible avec la recherche sur les liens solides entre le soutien social et l'adhésion. Le fait de citer soit même des facilitateurs cognitifs était un prédicteur statistiquement significatif de l'adhésion. Les facilitateurs cognitifs ont souvent inclus des pensées sur l'efficacité du traitement endocrinien (par exemple, le médicament réduit mes chances de récurrence). Parallèlement à l'étude, la croyance à la nécessité de la thérapie endocrinienne est associée à une plus grande adhésion, cette découverte suggère que l'encouragement des femmes à se rappeler pourquoi elles prennent le médicament pourrait renforcer l'adhésion. »</p> <p>« La recherche suggère l'utilité d'aborder les obstacles et les avantages de l'engagement dans l'adhésion aux médicaments. Les résultats de la présente étude sont en grande partie compatibles avec cette recherche, du moins en ce qui concerne l'importance des obstacles. En particulier, si les femmes sont conscientes des barrières, elles étaient moins susceptibles d'adhérer à la thérapie endocrinienne. »</p> <p>« L'examen des interactions entre les obstacles et les facilitateurs a révélé une certaine valeur. A savoir que les participants qui ont approuvé une barrière comportementale et aucun facilitateur, ont signalé la plus grande non-adhésion par rapport aux femmes dans les trois autres quadrants »</p> <p>« c.-à-d. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de barrière comportementale et pas de facilitateur comportemental,</li> <li>• Pas de barrière comportementale et un facilitateur comportemental</li> <li>• Une barrière comportementale et un facilitateur comportemental. »</li> </ul> <p>« La présence d'une barrière comportementale et aucun facilitateur comportemental est le plus problématique, car ces femmes ont un obstacle à la prise de leurs médicaments mais ne disposent pas d'une stratégie de facilitation appropriée. »</p> <p><b>Limites :</b> « Une limitation primaire de cette étude est sa conception transversale et sa corrélatrice. Ceci empêche une inférence causale ; la recherche longitudinale et la recherche d'intervention est essentielle. Deuxièmement, bien que l'adhésion auto-évaluée soit positivement corrélée aux mesures objectives d'adhésion, l'auto-évaluation tend à surestimer l'adhésion. Les femmes de cet échantillon ont déclaré une forte adhésion : 97% ont déclaré qu'elles l'étaient et au moins 80% l'ont été le mois précédent. Cependant, même dans cet échantillon, la variation de l'adhésion est restée évidente car seulement 61% des femmes ont déclaré être adhérentes à 100% (totalement) au cours du dernier mois. L'utilisation de l'auto-évaluation a également permis un large échantillon de femmes géographiquement diverses aux États-Unis, bien qu'il soit à noter que les femmes étaient en grande partie bien éduquées, âgées, relativement riches et non hispaniques. L'échantillon n'était pas différent des autres échantillons dans lesquels l'adhésion à la thérapie endocrinienne a été étudiée</p>
--	---

	<p>et les femmes blanches et les femmes âgées présentent la plus forte incidence de cancer du sein aux États-Unis. Cependant, il est essentiel de faire preuve de prudence lors de la généralisation des résultats actuels à divers groupes. »</p> <p><b>Conclusion :</b> « Les résultats suggèrent qu'une minorité importante de femmes sont confrontées à des obstacles à l'adhésion, que les obstacles sont associés à la non-adhésion. Les distinctions entre les domaines cognitifs et comportementaux des obstacles et des facilitateurs sont importantes pour la compréhension et la promotion de l'adhésion à la thérapie endocrinienne. »</p>
Perspectives futures	« Les résultats suggèrent une meilleure compréhension des interactions des comportements, de la cognition et des domaines affectifs au niveau des barrières et des facilitateurs sur l'adhésion. En outre, l'utilité d'une telle catégorisation des obstacles et des facilitateurs nécessite une étude plus approfondie. Un examen plus approfondi est justifié tant chez les survivants du cancer que dans les populations qui gèrent différentes maladies pour lesquelles l'adhésion aux médicaments est d'une importance similaire pour aboutir à une santé optimale, y compris la prise en compte d'interventions visant à encourager l'utilisation de facilitateurs chez les femmes ayant des obstacles pour optimiser l'adhésion. »

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.



## Grille de lecture critique d'un article scientifique

## Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Auteur</b>	Bright, E.E., Petrie,K.J., Patridge, A.H., Stanton, A.L. (2016). Barriers to and facilitative processes of endocrine therapy adherence among women with breast cancer. <i>Preclinical study</i> , 243-251. doi: 10.1007/s.10549-016-3871-3				
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le sujet indique la présence de barrières et de processus facilitateurs dans l'adhésion aux thérapies endocriniennes. Il est clair et concis.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex.,l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Le résumé contient une introduction, une méthode, des résultats et une conclusion. Le résumé est complet et précis.
<b>Introduction</b> <b>Enoncé du problème</b>	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dès les premières lignes de l'introduction, le problème est clairement défini.
<b>Recension des écrits</b>	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Enonce les barrières et les stratégies facilitatrices de l'adhésion déjà connues dans la littérature antérieure.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas décrits comme tels.
<b>Hypothèses</b>	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Oui, une hypothèse est formulée.

	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		Les hypothèses ne sont pas tirées de recherches antérieures.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Il n'est pas mentionné dans le texte mais on peut le déduire par les tableaux.
<b>Population et contexte</b>	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Tout est décrit dans la méthode.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			L'échantillon est adéquat car il est grand.
<b>Collecte des données et mesures</b>	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les instruments sont des questionnaires à questions ouvertes et fermées obtenus par courrier électronique.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?		X		Les variables ne sont pas nommées explicitement.
<b>Déroulement de l'étude</b>	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui les procédures de recherches sont décrites correctement.  Conformés aux normes éthiques. Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêt.
<b>Résultats</b> <b>Traitement des données</b>	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les analyses statistiques sont montrées dans les différents tableaux de l'étude ainsi que dans les tests décrits.

<b>Présentation des résultats</b>	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			La description des résultats dans le texte permet une meilleure compréhension des tableaux.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Pas de cadre théorique et conceptuel.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La recherche suggère l'utilité d'aborder les obstacles et les avantages de l'engagement dans l'adhésion aux médicaments.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs les expliquent correctement et de manière distincte.
<b>Perspectives futures</b>	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs donnent des conseils. Ceci est expliqué correctement dans la discussion.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	<p>Texte bien structuré et compréhensible</p> <p>L'organisation de l'article est complète, nous trouvons le titre, le résumé, la méthode, les résultats, la discussion, et les références bibliographiques. L'introduction est présente mais n'est pas explicitement nommée. Il y a absence de la conclusion.</p> <p>L'introduction comprend des hypothèses, l'article ne comprend pas de cadre théorique et conceptuel, le devis de recherche est précisé implicitement, il n'est pas possible de déterminer si l'échantillon était suffisamment grand car il n'y a pas eu de calculs statistiques, les variables ne sont pas mentionnées.</p> <p>En conclusion, il manque quelques informations pour pouvoir effectuer une analyse minutieuse.</p>

<b>Evaluation globale</b>	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude permet de faire ressortir des barrières et des stratégies facilitatrices de l'adhésion au traitement endocrinien, utile pour la formation infirmière
---------------------------	---	---	--	--	--

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

## Grille de lecture d'un article scientifique

### Approche quantitative

#### Early Discontinuation and Nonadherence to Adjuvant Hormonal Therapy in a Cohort of 8,769 Early-Stage Breast Cancer Patients

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Hershman, D.L., Kushi, L.H., Shao, T., Buono, D., Kershenbaum, A., Tsai, W.Y., ... Neugut, A.I. (2010). Early Discontinuation and Nonadherence to Adjuvant Hormonal Therapy in a Cohort of 8,769 Early-Stage Breast Cancer Patients. <i>Journal Of Clinical Oncology</i> . 28, 4120-4128. doi : 10.1200/JCO.2009.25.9655
Introduction Enoncé du problème	« La survie au cancer du sein est en nette amélioration depuis le développement de traitement efficace tel que l'adjuvant hormonal thérapeutique pour les hormones sensibles au cancer du sein. Ces agents oraux comprennent la tamoxifène et les inhibiteurs de l'aromatase (IA), ils sont prescrits pendant 5 ans ou plus. Cependant, malgré l'efficacité des agents hormonaux, il existe un taux d'abandon important d'environ 7 à 10%. La non adhésion aux médicaments prescrits est un des problèmes connus dans la littérature médicale. Ce problème entraîne un échec de l'efficacité du traitement. »
Recension des écrits	« Selon une étude antérieure, seulement 40 à 60% des patients atteints d'un cancer du sein terminent leur traitement, malgré le fait que les essais randomisés dévoilent des taux élevés de récurrence du cancer ainsi qu'une mauvaise survie avec moins de 5 ans de traitement. Les facteurs de prédilection de la non adhésion incluent selon des études antérieures la race afro-américaine, la gravité des effets secondaires, un âge plus avancé, le stade de la tumeur, le fait que ce soit un chirurgien plutôt qu'un oncologue qui prescrivent les traitements, la présence d'une chimiothérapie adjuvante avant ; et pour finir, que le médecin et le patient croient en l'efficacité du médicament. L'oncologie a fait des progrès importants dans le développement de traitements tels que les traitements hormonaux adjuvants, permettant de réduire les récurrences et la mortalité, il est donc surprenant de constater que l'adhésion soit un tel problème dans ce milieu. Beaucoup de patients ne remplissent pas les prescriptions initiales, ne prennent pas le médicament quotidiennement comme convenu ou alors stoppent le traitement avant la fin. De tels écarts peuvent entraîner un échec du traitement. »
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun

Hypothèses	<p><b>Question/hypothèse :</b> Non-formulée</p> <p><b>But :</b> « Cette étude a souhaité fournir une compréhension plus complète des facteurs associés à l'arrêt et ou à la non adhésion de la thérapie hormonale. Pour ceci, ils ont comparé les taux et les facteurs de l'arrêt précoce et de la non-adhésion pour le tamoxifène et les IA sur une période de 10 ans chez les femmes qui étaient inscrites dans un grand système de santé à savoir le Kaiser Permanente du Nord de la Californie (KPNC). »</p>
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	C'est une étude prospective quantitative.
Population et contexte	<p><b>Contexte :</b> « Système de santé du nord de la Californie (Kaiser Permanente of Northern California). Registre de multiples informations sur le cancer. »</p> <p><b>Population-échantillon, critères inclusions/exclusions :</b></p> <p>Patients : « toutes les femmes qui se trouvaient dans la base de données KPNC qui ont été diagnostiquées avec un cancer du sein au stade I-III. L'âge au moment du diagnostic était de &lt; 50 ans, de 50 à 65 ans ou ≥ 65 ans. L'ensemble des membres de KPCN est vaste, divers et est représentatif de tous les groupes d'âge. L'année au moment du diagnostic a été classée en ≤ 2001 ou en &gt; 2001. Tous les patients ont l'accès aux soins et ont un plan de santé. KPCN fournit des services de soins à plus de 3 millions de personnes dans 14 Comtés dans le nord de la Californie. Cet échantillon de personnes est racialement et ethniquement divers. »</p> <p><i>Critères d'inclusion ;</i> « Patients ayant des tumeurs positives aux récepteurs d'œstrogène et progestérone et qui avaient reçu au moins une fois l'ordonnance d'hormonothérapie orale (tamoxifène, anastrozole, exemestane ou letrozole) dans les 12 mois suivant le diagnostic et avant le diagnostic de la maladie récurrente. Les ethnies de ces personnes ont été classées comme blanc, noir, asiatique ou hispanique. »</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Méthode de collecte des données :</b></p> <p>« Entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 30 juin 2007, il y a eu 15143 femmes qui ont été diagnostiquées avec un cancer du sein au stade I-III positif aux récepteurs hormonaux dans le système KPNC.</p> <p>L'étude a identifié, parmi ces 15143 femmes, 8790 femmes (58%) qui avait remplis au moins une ordonnance pour une AI ou tamoxifène dans les 12 mois de leur diagnostic du cancer du sein et avant le diagnostic de la maladie récurrente. Parmi celles-ci, 21 patientes ont été exclues en raison d'une ethnie inconnue. »</p>

	<p><b>Outils de mesure :</b></p> <p>« Cette étude a conçu un score qui regroupe des données sur l'éducation, la pauvreté et le revenu à partir des données du recensement selon la méthode Du and al. Les patients étaient donc classés sur une échelle de 1 à 5.</p> <p>Pour évaluer la prévalence de la comorbidité, l'étude a utilisé l'adaptation de Klabunde de l'indice de comorbidité de Charlson (Klabunde adaptation of the Charlson comorbidity index). Afin de connaître les demandes de soins hospitaliers et ambulatoires de KPNC, l'étude a recherché les codes de diagnostic avec le ICD-9-Clinical Modification (ICD-9-CM).</p> <p>En ce qui concerne les prescriptions médicales, la recharge par ordonnance a été classée en intervalles de 30, 60 et 90 jours. Les patients ont été placés dans une catégorie basée sur l'intervalle de prescription le plus courant pendant la période de suivi. »</p>
Déroulement de l'étude	<p>« L'étude s'est déroulée entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 30 juin 2007. Pour commencer, l'étude a catégorisé les patients ayant stoppés la thérapie pendant 180 jours successifs avec ou sans renouvellement de la prescription médicale.</p> <p>Pour ceux qui avaient continués, les patients étaient catégorisés comme étant adhérent si le nombre de pilules distribuées par ordonnances, de la date de la première prescription jusqu'à la fin du suivi, couvrait au moins 80% des jours de cette période. »</p> <p>« Le nombre de pilules pour chaque ordonnance a été estimé à partir de la date de la première prescription jusqu'à la date de la prescription suivante, qui est tombée en intervalles de 30, 60 et 90 jours. L'étude a supposé que les participants pouvaient renouveler leurs ordonnances 7 jours plus tôt pour une ordonnance de 60 jours et 14 jours plus tôt pour une ordonnance de 90 jours. Le nombre total de pilules distribuées pour chaque patient a été déterminé en ajoutant tous les intervalles entre les ordonnances, plus 30, 60 ou 90 jours supplémentaires pour la dernière ordonnance basée sur un modèle d'intervalle antérieur. »</p>
<b>Considérations éthiques</b>	Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts personnels
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>« L'étude a utilisé, univariate and multivariate Cox proportional hazards regression models, afin d'analyser l'association entre les taux d'arrêt de la thérapie hormonale et les facteurs cliniques et démographique des patients qui ont poursuivi leur traitement. Ce type d'analyse a également été effectuée séparément pour chaque type de traitement hormonal (tamoxifène et IA). »</p> <p>« L'étude a généré des courbes de Kaplan-Meier pour représenter l'arrêt et la non adhésion chez les patients recevant une thérapie hormonale. »</p>

	« Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de SAS, la version 9.13 (SAS Institute, Cary, NC) »
Présentation des résultats	<p>« Les résultats de l'étude sont présentés à l'aide de 3 tableaux et 3 figures supplémentaires. Le premier tableau aborde les caractéristiques de base des patients diagnostiqués avec récepteurs hormonaux positifs du cancer du sein, stade I-III, qui ont reçu une thérapie endocrinienne adjuvante (KPNC, 1996-2006). Le deuxième tableau aborde, l'analyse uni-variée et multivariée des prédicteurs de l'interruption de la thérapie endocrinienne chez les femmes diagnostiquées d'un cancer du sein avec le récepteur hormonal positif, au stade I-III qui ont commencé une thérapie hormonale adjuvante, (KPNC, 1996-2006). Le troisième tableau aborde, l'analyse uni-variée et multivariée des prédicteurs de la non-adhésion à la thérapie endocrinienne chez les femmes diagnostiquées avec le cancer du sein avec récepteur hormonal positif, au stade I-III qui ont continué la thérapie hormonale adjuvante (les patients qui ont abandonnés sont enlevés du tableau). »</p> <p><b>Tableau 1</b> → « Au cours de la période de suivi de 4,5 ans, 2 790 (32%) ont arrêtés et, sur les 5 979 patients qui ont continué, 28% étaient non adhérents (19% du total). L'étude a effectué une analyse des risques proportionnels de Cox (Cox proportional hazards analysis) pour déterminer les facteurs de l'arrêt précoce. »</p> <p>« L'étude a constaté qu'un âge plus jeune (comparé au groupe d'âge de 50 à 65 ans), une tumorectomie et une chirurgie inconnue et un plus grand nombre d'affections de comorbidité étaient associés à l'interruption de la thérapie hormonale. Tandis que l'origine ethnique l'Asie / îles pacifiques, le fait d'être marié, le début du diagnostic, une mise en place d'une chimiothérapie adjuvante, la mise en place d'une radiothérapie adjuvante et l'augmentation de l'intervalle de renouvellement des ordonnances ont été associés à l'achèvement de 4,5 ans d'un traitement hormonal. »</p> <p><b>Tableau 2</b> → « Les femmes qui ont pris les deux AI et tamoxifène au moins une fois au cours de la période d'étude étaient moins susceptibles d'interrompre le traitement tôt. »</p> <p>« Cependant, les taux d'abandon étaient similaires chez ceux qui prenaient soit du tamoxifène, soit des IA seuls. »</p> <p>« Dans une analyse des risques proportionnels de Cox pour déterminer les facteurs prédictifs de la non-adhésion, la race afro-américaine, la tumorectomie, la taille de la tumeur inconnue, l'atteinte des ganglions lymphatiques et les affections de comorbidité étaient associées à la non-adhésion. »</p> <p>« Tandis qu'au début de l'année au moment du diagnostic, le fait d'être marié, et l'intervalle plus long de renouvellement des ordonnances étaient associés à l'adhésion totale à la thérapie hormonale. »</p>



	<p><b>Tableau 3</b> → « Les femmes qui ont pris les deux IA et le tamoxifène étaient légèrement plus susceptibles d'adhérer pleinement au traitement hormonal, et les taux d'adhésion étaient également semblables pour ceux qui ont pris le tamoxifène ou AI seul. »</p> <p>« Pour tous les patients qui ont pris la thérapie hormonale, le pourcentage de patients qui ont continué et adhéré pleinement à la thérapie était semblable d'année en année sur tous les 4.5 ans. Cependant, de plus en plus de patients ont arrêté la thérapie de l'AI à la fin de l'année 4 et plus de patients sont devenus non adhérents au traitement par le tamoxifène à la fin de l'année 4.5. »</p> <p><b>La figure 2</b> : « présente les courbes non ajustées de Kaplan Meier. La proportion de patients qui ont poursuivi leur traitement est passée de 86% dans la première année à 60% à la fin des 4,5 ans. Parmi les patients qui ont continué, l'adhésion est également passée de 78% dans la première année à 70% à la fin des 4.5 ans. »</p> <p>« L'étude a constaté que 358 patients (4%) ont rempli une seule prescription (ordonnance) et que parmi les patients qui ont continué, 765 patients (13%) avaient un retard dans la première prescription (ordonnance). Ils étaient donc classés comme n'ayant jamais adhéré. »</p> <p><b>La figure 3</b> : « L'analyse multivariée (multivariate) de la non-adhésion et de l'arrêt a été répétée chez tous les patients. Elle a utilisé une catégorisation plus précise de l'âge (&lt;40, 40 à 54, 55 à 64, 65 à 74 et &gt; 75 ans). Cette étude constate que les patients à l'âge extrême (&lt;40 ans et &gt;75 ans) étaient les plus susceptibles d'arrêter la thérapie hormonale ou non adhérents comparé chez les patients âgés de 50 à 65 ans. Il y avait 202 patients de moins de 40 ans, et ils étaient les plus non conformes à la thérapie, étant 50% plus susceptibles de cesser la thérapie et 40% plus susceptibles d'être non adhérents (<math>P&lt;0,001</math>). »</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Dans cette vaste étude de population menée auprès de femmes non métastatiques inscrites au KPNC, l'étude a constaté qu'environ 30% de ceux qui ont commencé une thérapie hormonale adjuvante avec du tamoxifène ou des IA avait interrompu le traitement précoce. »</p> <p>« De plus, les patientes qui ont poursuivi le traitement, environ 70% étaient totalement adhérentes à la fin de la période de 4,5 ans, ce qui indique que globalement seulement 49% des patients étaient totalement adhérents pendant les 4,5 années entières. Les taux d'abandon et de non-adhésion étaient semblables d'une année à l'autre. »</p> <p>« Il est surprenant de constater que les femmes aux extrêmes de la tranche d'âge (c.-à-d. Celles de 40 ans ou de 75 ans) étaient particulièrement susceptibles d'être non adhérentes. »</p> <p>« La plupart des études basées sur la population et sur la qualité de la chimiothérapie anticancéreuse, se sont concentrées sur les patients âgés de plus de 65 ans. La plupart des études sur l'adhésion à l'hormonothérapie adjuvante ont également étudié les patients dans cette tranche d'âge plus âgés. Il y a peu d'informations sur les groupes d'âges plus jeunes. Dans</p>

	<p>cette étude, il a été constaté que, comparées aux femmes âgées de 50 à 65 ans, les femmes plus jeunes étaient plus susceptibles d'interrompre le traitement tôt et plus susceptibles d'être non adhérentes. Les jeunes adultes atteintes de cancer peuvent être un groupe particulièrement vulnérable. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette population ont les taux d'assurance-santé les plus bas, les retards fréquents dans le diagnostic et la plus faible accumulation pour les essais cliniques. »</p> <p>« À l'instar d'autres études dans la littérature, cette étude a révélé que des intervalles de recharge de prescription plus longs (60 ou 90 jours et 30 jours) peut être associés à la fois à l'achèvement et à l'adhésion complète à la thérapie hormonale. Cependant, le lien entre la non-adhésion et la durée de la recharge d'ordonnance peut refléter des grandes opportunités pour détecter les mauvaises adhésions. De plus, des intervalles de recharge plus courts peuvent être associés à une fréquence accrue de non-adhésion en raison des inconvénients liés au remplissage fréquent. »</p> <p>« Une grande partie de la recherche a porté sur les différences entre les femmes afro-américaines et les femmes blanches. Par exemple, les patients afro-américains reçoivent une chimiothérapie intraveineuse moins agressive, elles ont moins de consultations avec les oncologues et ont un risque de récurrence significativement plus élevé que les femmes blanches. On estime que seulement 50% des femmes afro-américaines sont aptes à recevoir une chimiothérapie adjuvante pour le cancer du sein. L'étude a montré que les femmes afro-américaines étaient plus susceptibles d'être non adhérentes au traitement par rapport aux femmes blanches, mais il n'y avait pas de différence dans le taux d'arrêt. En ce qui concerne les femmes venant d'Asie et des îles pacifique, elles étaient beaucoup moins susceptibles que les autres groupes raciaux ou ethniques d'interrompre le traitement, mais il n'y avait pas de différence dans les taux de non-adhésion. »</p> <p>Les obstacles à l'adhésion comprennent :</p> <p>« L'échec du médecin à expliquer soigneusement les avantages et les effets indésirables, sans tenir compte du coût. L'adhésion à la thérapie hormonale lors du cancer dépend fortement de la communication entre le médecin et le patient. L'étude a constaté que 13% des patients qui ont continué la thérapie hormonale étaient non adhérents à la première recharge. Il pourrait être utile d'identifier les interventions pour améliorer l'adhésion à ce moment-là. »</p> <p>« Les toxicités liées au traitement constituent un autre obstacle majeur à l'application complète d'un traitement efficace contre le cancer. Par exemple, dans une enquête menée auprès de 622 femmes ménopausées, 30% ont abandonné le traitement de l'AI et 84% l'ont fait en raison d'effets indésirables. Cela peut expliquer partiellement notre taux élevé de non-adhésion à la thérapie de l'AI. Cette interruption anticipée peut être liée à des toxicités précoces du traitement. »</p> <p>« Les problèmes financiers, tels que le manque de couverture pour les prescriptions, empêchent également l'adhésion complète aux thérapies orales. Le coût total du tamoxifène peut atteindre 1 200 \$ par année et, avant de sortir du brevet, les AI coûtaient environ 2 300 \$ par année. Les facteurs tels que les co-payments ont influencé l'adhésion. Goldman et al, ont constaté que le double des co-payements* ont entraîné une baisse de l'adhésion allant de 8% à 45%, selon le</p>
--	---

	<p>médicament. L'étude, cependant, a été menée dans un système de soins de santé à accès égal où tous les patients avaient un plan de pharmacie, ce qui leur permettait de contrôler l'état de l'assurance et les co-payements, de sorte que d'autres facteurs puissent être examinés. »</p> <p>* Un co-paiement est une caractéristique commune de nombreux régimes d'assurance-maladie, où l'assuré paie un montant fixe de sa poche pour les services de soins de santé. Les fournisseurs d'assurance facturent souvent des co-payements pour des services tels que des visites médicales ou des médicaments prescrits.</p> <p><b>Limites</b> : « Cette étude contient plusieurs limites, à savoir premièrement que l'étude n'a pas été en mesure de déterminer les raisons précises de la non adhésion et de l'abandon. Deuxièmement, l'étude a été face à l'incapacité de saisir toutes les récurrences à partir de données médicales électroniques. Ceci peut engendrer des classifications erronées. De plus des hypothèses ont été faites pour calculer le nombre total de pilules données en raison du manque d'informations sur les ordonnances (dosage et jours fournis). Ceci a pu entraîner une sous-estimation ou une surestimation du nombre de pilules attribuées. »</p> <p><b>Conclusion</b> : « L'étude a constaté que seulement 49% des patients avec un cancer du sein hormono-sensible continuaient leur traitement et prenaient des médicaments de la manière prescrite jusqu'à la fin du cours des 4.5 années, si elles prennent le tamoxifène ou AI. L'étude admet que des études supplémentaires seraient nécessaires pour déterminer l'association entre la non-adhésion à la thérapie hormonale et la mortalité spécifique du cancer du sein. Il serait intéressant que des interventions soient définies pour aider les patients à respecter totalement la durée d'une hormonothérapie adjuvante. »</p>
Perspectives futures	<p>« L'étude a constaté que la durée des intervalles de recharge avait une influence sur l'adhésion, d'autres recherches seraient nécessaires pour explorer plus en profondeur l'impact de l'intervalle de recharge de la prescription sur l'adhésion aux médicaments. »</p> <p>« L'étude a rapporté qu'un certain nombre de patients qui avaient continué la thérapie hormonale étaient non adhérents dès la première recharge. Il pourrait être utile d'identifier les interventions pour améliorer l'adhésion à ce moment-là. »</p>

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative

#### Early Discontinuation and Nonadherence to Adjuvant Hormonal Therapy in a Cohort of 8,769 Early-Stage Breast Cancer Patients

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Auteur</b>	Hershman, D.L., Kushi, L.H., Shao, T., Buono, D., Kershenbaum, A., Tsai, W.Y., ... Neugut, A.I. (2010). Early Discontinuation and Nonadherence to Adjuvant Hormonal Therapy in a Cohort of 8,769 Early-Stage Breast Cancer Patients. Journal Of Clinical Oncology. 28, 4120-4128. doi : 10.1200/JCO.2009.25.9655				
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous permet de cerner le sujet de l'étude.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient l'objectif, la population, la méthode, les résultats et la conclusion
<b>Introduction Enoncé du problème</b>	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dès les premières lignes, on peut distinguer le problème. L'introduction est pertinente pour comprendre la problématique.
<b>Recension des écrits</b>	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les connaissances sur les variables étudiées y sont bien résumées dans les premiers paragraphes de l'introduction
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		N'aborde pas de théorie, ni de concept

<b>Hypothèses</b>	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Non-formulées.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Oui, ils prennent en compte les recherches d'études antérieures par rapport aux facteurs de prédilections de l'adhésion.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Pas formulé
<b>Population et contexte</b>	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Dans la méthode, les critères d'inclusion ainsi que les limites sont claires et précises.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Plus l'échantillon est grand, plus il est pertinent. Il y a eu 15143 femme se trouvant dans la base de données KPNC qui ont été diagnostiquées avec un cancer du sein au stade I-III.
<b>Collecte des données et mesures</b>	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Clairement.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Il n'y pas d'incohérence entre le tableau et les résultats.
<b>Déroulement de l'étude</b>	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	Informations claires sur le déroulement de l'étude. Il n'y pas d'information par rapport à l'éthique de l'étude. Ils mentionnent seulement qu'il n'y a pas eu de conflits d'intérêts personnels.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Le texte explicite bien les analyses statistiques. Les compléments se trouvent dans les tableaux.

<b>Présentation des résultats</b>	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Ils sont développés dans le texte et les tableaux.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Pas de cadre théorique. La discussion développe d'avantage les résultats et compare les résultats avec d'autres études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs suggèrent des études futures
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Abordent les limites de l'étude dans la discussion
<b>Perspectives futures</b>	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Perspective future présente → des études supplémentaires sont nécessaires selon eux ainsi que de définir des interventions précises pour aider les patients
<b>Questions générales</b> <b>Présentation</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Est correctement structuré. Le niveau de compréhension est acceptable pour notre niveau.  L'organisation de l'article est complète, nous trouvons le titre, le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion, et les références bibliographiques. Il n'y a cependant pas de conclusion.  L'introduction ne comprend pas d'hypothèse, l'article ne comprend pas de cadre théorique et conceptuel, le devis de recherche n'est pas explicite, il n'est pas possible de déterminer si l'échantillon était suffisamment grand car il n'y a pas eu de calculs statistiques, les variables ne sont pas mentionnées.

					En conclusion, il manque quelques informations pour pouvoir effectuer une analyse minutieuse.
<b>Evaluation globale</b>	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Description des barrières et des facilitateurs de l'adhésion. Mais pas de précision en ce qui concerne les interventions pour aider les patients à se conformer à la pleine durée de l'hormonothérapie adjuvante

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

## Grille de résumé d'un article scientifique

### Approche quantitative

#### The value of high adherence to tamoxifen in women with breast cancer: a community-based cohort study

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	McCowan, C., Wang, S., Thompson, A. M., Makubate, B., & Petrie, D. J. (2013). The value of high adherence to tamoxifen in women with breast cancer: a community-based cohort study. <i>British Journal of Cancer</i> , 109(5), 1172-1180. <a href="https://doi.org/10.1038/bjc.2013.464">https://doi.org/10.1038/bjc.2013.464</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	L'efficacité du tamoxifène dans la récurrence et la réduction de la mortalité du cancer du sein dépend de l'adhésion du patient.
Recension des écrits	<p>« Un tiers à la moitié des femmes ne prennent pas le traitement de tamoxifène recommandé de 5 ans jusqu'à la fin, et le fait de ne pas prendre ce traitement augmente le risque de mortalité. »</p> <p>« 19 à 28% des femmes recevant du tamoxifène manquent au moins une dose quotidienne sur cinq, ce qui entraîne un taux d'adhésion inférieur à 80%, un niveau associé à un risque accru de mortalité. »</p> <p>« Des analyses économiques du tamoxifène ont montré des avantages, une étude préliminaire utilisant les données d'essai a rapporté que les utilisateurs ont gagné 0.4 année de vie ajustée de qualité (QALYs) au-dessus des contrôles avec un coût différentiel par QALY gagné de AUS \$ 1365. »</p> <p>« Une étude plus récente utilisant une cohorte observationnelle communautaire de femmes atteintes d'un cancer du sein en Corée a indiqué que le tamoxifène était rentable pour les patients atteints de cancer du stade I ou II avec des récepteurs d'œstrogène ou de progestérone et pour tous les patients atteints de la maladie de stade III. »</p> <p>« L'amélioration de l'adhésion aux statines améliorerait la rentabilité, avec une réduction projetée du coût marginal par QALY de h35 000 à h26 000 pour une adhésion complète. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y en a pas.



Hypothèses/question de recherche/buts	<p><b>Hypothèse</b> : « S'il y a un impact négatif sur les résultats de santé, il est possible qu'une faible adhésion au tamoxifène adjuvant puisse aussi induire des coûts élevés des soins de santé. »</p> <p><b>Objectifs</b> : « Cette étude comporte plusieurs objectifs : Etudier l'adhésion des patients au tamoxifène dans une population de femmes en Écosse pour évaluer dans quelle mesure une faible adhésion affecte la récurrence, la mortalité et les coûts médicaux après ajustement des facteurs cliniques et démographiques importants. Comparer le rapport coût-efficacité de la thérapie au tamoxifène entre les patients ayant une faible adhésion et les patients ayant une adhésion élevée. »</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est quantitatif.
Population, échantillon et contexte	<p><b>Population</b> : « Les femmes résidant à Tayside, au Royaume-Uni, diagnostiquées et traitées pour un cancer du sein entre janvier 1993 et décembre 2008. Les certificats de décès dispensés par la communauté, les registres de déchargement des hôpitaux, les registres de cancers, le dépistage du cancer et les certificats de décès du greffier général ont été extraits, enregistrés et anonymisés pour chaque patient. »</p> <p><b>Critères inclusions</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femmes ayant résidé à Tayside pendant toute la durée de l'étude ou jusqu'à la mort</li> <li>• Patientes traitées par tamoxifène et diagnostiquées en décembre 2000 et n'ayant pas changé d'inhibiteurs d'aromatase</li> </ul> <p><b>Critères exclusions</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si pas de cause de décès connue</li> <li>• Si pas de dossier de traitement chirurgical pour le cancer</li> <li>• Si avaient reçu un traitement endocrinien de plus de 6 mois avant le diagnostic ou si elles étaient inscrites aux essais endocriniens</li> <li>• Patients ayant reçu leur première prescription de tamoxifène plus tard qu'un an après le diagnostic (34 patients)</li> <li>• Patients décédés dans les 60 jours après le diagnostic (4 patients)</li> </ul> <p><b>Echantillons</b> : 1301 patients.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>« Les données ont été collectées à partir des dossiers cliniques des patientes (date du diagnostic, âge lors du diagnostic). Un indice écossais de primes multiples a été réparti en fonction du code postal complet de chaque patient et a fourni des informations sur les caractéristiques socioéconomiques. Un indice de Charlson pour la comorbidité a été dérivé des enregistrements de décharge hospitalière en utilisant des procédures standards. Les caractéristiques de la tumeur ont été déterminées en utilisant le classement TNM, classement des pathologies et l'état des récepteurs d'œstrogènes. La progression de la maladie a été observée en utilisant les informations sur la date de décès, la cause du décès, la date de récurrence et le type de récurrence. »</p> <p><b>Instruments de mesure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Modèle de temps d'échec accéléré (modèle AFT) → l'effet d'une variable est de multiplier le temps d'événement prédit par une constante.</li> <li>• Score de propension → pour une patiente ayant une faible adhésion au tamoxifène</li> <li>• Méthode d'imputation multiple, avec 5 répétitions de données imputées basées sur le moment où une récurrence survient entre le diagnostic et la mort du CA du sein chez d'autres patientes.</li> <li>• La simulation a été programmée avec @Risk version 5.7 avec 5000 itérations</li> <li>• La robustesse des résultats de base a également été évaluée à l'aide d'une analyse de sensibilité dans laquelle les hypothèses sur les coûts et les effets sur la santé ont été ajustées.</li> <li>• Une analyse de sensibilité probabiliste</li> <li>• Indice d'adhésion relative a été créé en utilisant l'indice d'adhésion cumulatif moyen pour tous les patients qui avaient été observés à la même année de suivi pour un contrôle de robustesse</li> <li>• Modèle Markov → pour évaluer le bénéfice d'une faible adhésion ou d'une adhésion élevée, pour prédire les progrès de la maladie à vie et les coûts de la maladie »</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>« Le tamoxifène a été utilisé tout au long de la période d'étude avec des inhibiteurs de l'aromatase (AI) utilisés comme traitement adjuvant endocrinien depuis 2001. La décision sur la thérapie à utiliser est déterminée par le statut ménopausique, par les récepteurs œstrogènes/progestérones et par le risque de récurrence. À partir des données de prescription, 836 patients (25%) n'ont reçu aucun traitement adjuvant, 2254 (68%) patientes ont initialement eu du tamoxifène en prescription et 249 (7%) ont reçu un inhibiteur de l'aromatase. »</p> <p>« Chaque ordonnance de tamoxifène a été examinée et le nombre de jours couverts a été obtenu à partir du nombre de comprimés distribués et de la dose quotidienne prescrite. Les comprimés ou la dose étaient indisponibles pour une prescription (1,9% des cas). La durée prévue du traitement adjuvant a été calculée à partir du nombre de jours écoulés</p>

	depuis le diagnostic ou de la première prescription, si plus tôt, jusqu'à la récurrence ou au décès, à la fin de la période d'échantillonnage ou à l'achèvement de la thérapie standard de 5 ans. Un indice de Charlson pour la comorbidité a été dérivé des enregistrements de décharge hospitalière en utilisant des procédures standard. »
Considérations éthiques	« Cet essai a été approuvé par le conseil médical local d'éthique et a été signalé selon les directives CONSORT. »
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	« Un total de 1263 femmes ayant une prescription de tamoxifène adjuvant ont survécu plus de 60 jours après le diagnostic. Il y avait un total de 525 (42%) décès au cours de l'étude et 354 (28%) de récurrences. Parmi les femmes ayant une récurrence, 306 (86%) sont décédées à cause d'un cancer du sein et 21 (6%) sont décédées d'autres causes. Il y avait 198 (16%) décès d'autres causes chez les femmes sans récurrence. »
Présentation des résultats	<p><b>Tableau 1 :</b> « Au cours de la période allant du diagnostic à la récurrence ou au décès, 475 (38%) les patientes avaient une faible observance de la prise de médicaments et manquaient au moins un comprimé sur cinq au cours de leur traitement. L'indice d'adhésion mensuel moyen de nos patientes a diminué au fil du temps, passant de 85% (sd¼,44) à 12 mois à 81% (sd¼0,48) à 36 mois et enfin à 75% (sd¼0,43) à 60 mois. Un modèle de régression logistique a révélé que les patients étaient plus susceptibles d'avoir une faible adhésion si elles étaient plus jeunes (OR0,26, 80,0 vs 60 ans, IC 95%: 0,15-0,45 , Po0,001), avaient un stade tumoral plus élevé (OR1,72, stade 3 ou stade 4 vs stade 1 ou 2, IC 95%: 1,10-2,67, Po0,016) ou avaient un statut ER négatif (Po0,001) après la ménopause, la classe sociale, la comorbidité et d'autres caractéristiques cliniques. »</p> <p><b>Tableau 2 :</b> « Pour les 475 patientes avec une faible adhésion aux médicaments, 127 (27%) ont eu une récurrence et 63 (13%) sont décédés avant récurrence au cours de la période d'étude. Chez les patientes ayant une forte adhésion, 197 (25%) avaient une récurrence et 135 (17%) étaient décédés avant récurrence. Le temps de survie du diagnostic à la récurrence, le diagnostic à la mort sans récurrence et la récurrence à la mort du cancer du sein ont été calculés à partir d'une régression log-normale. La présence de ganglions lymphatiques axillaires impliqués (Po0.001) et de grade tumoral plus élevé (P=0.001) a été associée à un temps de récurrence plus court ; L'âge (P=0.001) et la classe sociale (P.0.020) avec un temps plus court pour le décès sans récurrence; Et l'âge (P=0,007) avec un temps plus court de récurrence à la mort par cancer du sein après avoir tenu compte d'autres facteurs. Chez les patientes ayant une faible adhésion au tamoxifène, le délai attendu jusqu'à la récurrence a diminué de manière significative de 52,38% (Po0,001), mais il n'y a pas eu d'effet significatif sur le temps à d'autres causes de décès ou de cancer du sein après récurrence. »</p> <p><b>Tableau 3 :</b> « Les patientes diagnostiquées à un âge plus avancé (Po0.001), vivant dans une zone défavorisée (Po0.001) ou présentant des métastases cliniques (P.0.022) étaient plus susceptibles d'avoir des coûts dans leurs années de suivis ultérieures après ajustement pour d'autres facteurs. Une fois que les patientes ont subi des frais médicaux au cours d'une certaine année de suivi, leurs coûts étaient plus élevés s'ils étaient plus âgés au moment du diagnostic (Po0.001),</p>

	<p>vivant dans une zone défavorisée (<math>P=0.007</math>), stade inférieur de la tumeur (<math>P=0.025</math>) ou avait une implication ganglionnaire (<math>P=0.001</math>). Les résultats suggèrent que la première année de suivi et les années de suivi avec récurrence ou décès avaient des coûts significativement plus élevés. Les patientes ayant une faible adhésion étaient 37,05% moins susceptibles d'avoir des coûts (<math>P=0.001</math>), mais une fois qu'ils avaient des coûts, ceux-ci devaient être 25,76% plus élevés annuellement (<math>P=0.001</math>). »</p> <p><b>Tableau 4 :</b> « Une forte adhésion a été estimée pour réduire la récurrence de 8,95% (IC à 95% : -11,01 à -6,89%) et des décès par cancer du sein de 8,65% (IC 95%: 10,69 à 6,57%). Une adhésion élevée était associée à des années de vie (LY) attendues de 14,78 et à des QALY prévues (actualisées à 3,5%) de 11,43 comparées à une faible adhésion avec respectivement 13,35 et 10,31. Une faible adhésion a entraîné une perte de 1,43 LY (IC 95%: 1,15-1,71) ou 1,12 QALY (IC 95%: 0,91-1,34). Au cours de la durée de vie prévue, il y avait un coût marginal de £5970 pour une adhésion faible ou élevée principalement en raison de la différence de séjour chez les patientes et d'autres coûts de distribution. Comme on pouvait s'y attendre, une forte adhésion au tamoxifène a dominé la faible adhésion avec 100% des simulations montrant qu'il était à la fois plus efficace et moins coûteux que la faible adhésion. En supposant une volonté de payer un seuil d'adoption de 25 000 euros par QALY, la valeur attendue ou NMB de changer un patient d'une faible adhésion à une adhésion élevée était £33 897 (IC à 95%: £28 322-£39 652). Analyse de sensibilité. Lorsque la différence de coût entre l'adhésion élevée et faible a seulement contribué à une plus grande chance de récurrence ou d'autres décès, le coût différentiel incrémental de la faible adhésion a diminué à £1263 (IC 95% : £204-£2361) et le NMB de haute vs faible adhésions réduit à £29 161 (IC à 95%: £23 595-£34 715). Les résultats étaient robustes, avec une adhésion élevée dominant dans au moins 95% des simulations dans toutes les analyses de sensibilité. »</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>« Dans les 5 ans suivant le diagnostic, environ les deux cinquièmes des femmes qui avaient une prescription de tamoxifène avaient une adhésion inférieure à 80%, ce qui était associé à un temps de récurrence significativement plus court et des coûts de service de santé significativement plus élevés, une fois les coûts engagés. Cette étude fournit des preuves empiriques qui suggèrent l'importance d'améliorer l'adhésion au tamoxifène adjuvant dans les milieux communautaires et indiquent également les avantages potentiels d'investir dans l'adhésion pour améliorer les résultats en matière de santé et l'efficacité économique. »</p> <p>« En outre, il est démontré que les patientes plus jeunes étaient plus susceptibles d'avoir une adhésion plus faible, alors que le stade de la tumeur des patients et l'état des récepteurs d'œstrogènes sont également associés au comportement d'adhésion. »</p> <p>« Pour les femmes à faible adhésion, il existe un risque accru de mauvais résultats pour la santé, bien que l'association avec la mortalité par d'autres facteurs n'ait pas été significative. »</p>

	<p>« Les conclusions se rapportent également bien à une étude de la rentabilité des statines, qui a signalé que l'amélioration de l'adhésion aux médicaments permettrait d'améliorer la rentabilité »</p> <p>« Cette étude fournit des preuves directes que la faible adhésion au traitement à long terme du cancer du sein par voie orale entraîne des résultats médiocres en santé et des coûts de santé accrus. »</p>
Forces et limites	<p>« L'étude était basée sur des femmes et utilisait l'allocation réelle d'utilisation des ressources du service de santé pour informer l'évaluation économique. La population initiale comprenait tous les cancers du sein diagnostiqués à partir d'une population entière avec des exclusions basées sur des critères bien décrits. Les dossiers de prescription délivrés provenaient d'un système de prescription fermé avec toutes les ordonnances présentées à un pharmacien enregistrées et rassemblées et ces données étaient ensuite liées à des bases de données de la population, y compris le registre du cancer et les certificats officiels de décès. Nous avons appliqué une méthode de score de propension pour réduire le biais de sélection potentiel de faible adhésion lors de la modélisation des résultats sanitaires et des coûts médicaux : les patientes qui ont une faible adhésion au tamoxifène peuvent avoir de mauvaises perspectives de santé et préféreraient utiliser moins de ressources ce qui peut induire plus de coûts de soins de santé plus tard, lorsque leur état s'aggrave. Cependant, une analyse de sensibilité a rapporté des résultats cohérents lorsque des patients à faible adhésion ont été assignés avec les mêmes prédictions sur d'autres coûts annuels que s'ils avaient une adhésion élevée. »</p>
Conséquences et recommandations	<p>« L'objectif était limité à l'observance chez les patientes traitées par le tamoxifène, compte tenu de la période d'échantillonnage et de la durée du suivi. Une autre évaluation comparant l'impact de l'adhésion aux inhibiteurs de l'aromatase par rapport au tamoxifène adjuvant endocrinien est nécessaire. Cependant, de telles analyses devraient être confinées aux femmes post-ménopausées, alors que l'étude actuelle a examiné des femmes de tous les âges. Comme le démontrent les avantages à long terme du tamoxifène adjuvant au-delà de 5 ans, en particulier les essais comparant 10 ans vs 5 ans de tamoxifène adjuvant (et les essais de durée similaires pour les IA), les questions d'adhésion deviendront encore plus critiques à long terme par rapport aux effets sur la santé et l'économie du traitement du cancer du sein. »</p> <p>« Une évaluation économique de la valeur de l'adhésion au tamoxifène adjuvant est nécessaire pour éclairer les décisions cliniques et politiques sur la conception et l'évaluation des interventions qui améliorent l'observance. »</p> <p>« Il est nécessaire d'entreprendre des études sur la conception des interventions qui améliorent l'observance de façon plus efficace. Les cliniciens qui soutiennent actuellement des femmes recevant un traitement adjuvant pour le cancer du sein devraient spécifiquement poser des questions sur l'adhésion et augmenter le soutien qu'ils offrent pour encourager davantage de femmes à compléter leur traitement. »</p>
Commentaires	<p>« Les conséquences d'une faible adhésion au tamoxifène sont des résultats négatifs en termes de santé, une augmentation des coûts des soins de santé et une mauvaise qualité de vie. Les interventions qui encouragent les patients</p>

	à continuer à prendre leur traitement quotidiennement pendant la période recommandée de 5 ans devraient améliorer les résultats et peuvent être très rentables, l'investissement étant justifié par de meilleurs résultats en matière de santé et des économies dans la réduction de l'utilisation des soins de santé. »
--	--

\*Le taux ou les données de recharge correspond au nombre de fois que le patient va chercher ses médicaments à la pharmacie. Ne signifie pas pour autant qu'il les prene.

\*\*L'intégrité du traitement correspond à la mesure dans laquelle l'intervention est mise en œuvre par rapport au protocole prévu initialement. En effet, les résultats obtenus ne sont pas liés à l'intervention envisagée mais à l'intervention pratiquée. (<http://www.treatmentintegrity.com>).

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative

#### The value of high adherence to tamoxifen in women with breast cancer : a community-based cohort study

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	McCowan, C., Wang, S., Thompson, A. M., Makubate, B., & Petrie, D. J. (2013). The value of high adherence to tamoxifen in women with breast cancer: a community-based cohort study. <i>British Journal of Cancer</i> , 109(5), 1172-1180. <a href="https://doi.org/10.1038/bjc.2013.464">https://doi.org/10.1038/bjc.2013.464</a>				
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			x	Le sujet est indiqué, mais cela ne nous permet pas de saisir le problème de recherche.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Il est composé du contexte, de la méthode, les résultats et de la conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Il se trouve dans la première partie de l'introduction.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			La recension des écrits résume bien les connaissances des variables étudiées.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Aucun cadre conceptuel ni théorique n'a été défini.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			L'hypothèse y est clairement formulée.

	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			L'hypothèse découle de la recension des écrits.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		x		Le devis de recherche n'est pas décrit explicitement, on sait qu'il est quantitatif
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			On sait le nombre de participantes et l'âge médian. Les critères d'exclusions et d'inclusions ont été mentionnés
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			L'échantillon est assez grand pour pouvoir donner des résultats fiables.
Collecte des données et mesures à reprendre ici	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Outils d'évaluation : - modèle AFT - Score de propension - Méthode d'imputation multiple - d'une analyse de sensibilité dans laquelle les hypothèses sur les coûts et les effets sur la santé - l'indice d'adhésion cumulatif moyen - Modèle Markov
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			Oui les variables à mesurer sont décrites.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	x			Cet essai a été approuvé par le conseil médical local d'éthique et a été signalé selon les directives CONSORT.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Les analyses ont permis de répondre à la problématique



Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Quatre tableaux qui présentent les résultats, ils sont suffisamment clairs
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		x		Etant donné qu'il n'y a pas de cadre théorique et conceptuel
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		Les chercheurs suggèrent de faire une autre étude sur les interventions qui permettront une amélioration de l'adhésion.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Les chercheurs évoquent les limites présentes dans cette étude.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Ils expliquent qu'une autre étude est nécessaire.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Chapitres claires, structurés, tableaux compréhensifs
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Les conséquences d'une faible adhésion au tamoxifène impliquent de mauvais résultats de santé, une augmentation des coûts des soins de santé et une mauvaise qualité de vie. Les interventions qui encouragent les patients à continuer à prendre leur traitement quotidiennement pendant la période recommandée de 5 ans devraient améliorer les résultats et peuvent être très rentables, l'investissement étant justifié par de meilleurs résultats en matière de santé et des économies dans la réduction de l'utilisation des soins de santé.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

### Grille de lecture d'un article scientifique

#### Approche quantitative

#### Patient perspectives on the barriers associated with medication adherence to oral chemotherapy

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Muluneh, B., Deal, Allison., Alexander, M.D., Keisler, M.D., Markey, J.M., Neal, J.M., Bernard, S., Velgus, J. & Dressler, L.G.(2016) Patient perspectives on the barriers associated with medication adherence to oral chemotherapy. <i>Journal of oncology pharmacy practice</i> , 1-12. doi: 10.1177/107815216679026
Introduction Enoncé du problème	« L'utilisation appropriée de la chimiothérapie orale est un défi pour les patients et les cliniciens. Il existe une pénurie de données concernant le comportement des patients dans ce contexte. Cette étude est l'une des premières à faire un rapport sur le comportement des patients dans le contexte des interactions entre les aliments et les médicaments (FDI,s-> food drug interaction) et de la chimiothérapie orale (CO). Trois problèmes ont été évalués: la description des patients du calendrier et de la programmation de la chimiothérapie orale, les sources d'information sur lesquelles les patients comptent pour une administration correcte du médicament, et les obstacles que les patients identifient qui contribuent à la non-adhésion. »
Recension des écrits	« En 2003, seulement 5% des agents chimio thérapeutiques étaient disponibles pour l'administration orale; d'ici à 2010, 20 à 25% des agents de chimiothérapie en développement sont oraux. Les antinéoplasiques oraux (OA) offrent une commodité aux patients, améliorant ainsi la qualité de vie et favorisant un sentiment d'indépendance en augmentant la participation des patients à leurs propres soins. Malgré les avantages, le non-respect des chimiothérapies orales (CO) reste un défi majeur pour obtenir des soins optimaux. L'adhésion est définie comme la mesure dans laquelle un patient suit les directives prescrites par un praticien de la santé.

	<p>McCowan et al ont signalé une association avec une survie plus faible chez les 19% des patients atteints de cancer du sein qui étaient &lt;80% adhérents au tamoxifène. Marin et al a montré que 26% des patients atteints de leucémie myéloïde chronique étaient adhérents ≤90% du temps à l'imatinib, étaient moins susceptibles d'obtenir une réponse moléculaire majeure ou complète que ceux qui étaient adhérents &gt; 90% du temps. »</p> <p>« L'étendue de l'adhésion à une bonne administration des CO au regard des aliments est largement inconnue. Sur la base de divers paramètres pharmacocinétiques, l'étiquetage du paquet de la FDA (Food Drugs Administration) contient des instructions spécifiques sur l'administration des CO en ce qui concerne les aliments. En outre, les essais cliniques avec ces agents ont pris en compte l'effet des aliments sur les Co. Le non-respect des recommandations de la FDA (Food Drugs Administration) peut conduire à une concentration accrue de médicament et à une toxicité ultérieure (p. Ex., Si le nilotinib est pris avec de la nourriture), une irritation gastro-intestinale (p. Ex., Si l'imatinib est pris sans nourriture) ou une diminution de l'absorption et une efficacité compromise (par ex. Si le sorafenib est pris avec de la nourriture). Bien qu'il existe des séquelles cliniques évidentes possibles de la prise de CO sans égard à la nourriture, il existe une controverse sur la meilleure stratégie pour prévenir ou même utiliser les interactions médicament-nourriture. »</p> <p>« Bien que l'impact de l'adhésion sur les résultats de la maladie soit largement accepté, les facteurs contribuant à l'adhésion sont multiples. Les obstacles potentiels à l'adhésion du patient sont les suivants : social et économique, soins de santé (information insuffisante, communication inefficace), maladie (gravité des symptômes, progression de la maladie), liés à la thérapie (régimes complexes, étiquetage sans ordonnance, interactions médicamenteuses et médicament-aliments, ou effets néfastes), et liés au patient (capacité cognitive altérée, oubli, mauvaise connaissance de la santé). »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Hypothèses	<p><b>Question/hypothèse</b> : Non-formulée</p> <p><b>Buts</b> : « Les buts de cette étude étaient d'analyser l'utilisation de chimiothérapies orales par les patients cancéreux et d'identifier les possibilités d'améliorer l'adhésion. »</p>
Méthodes	Etude prospective

Devis de recherche	
Population et contexte	<b>Contexte :</b> l'Université Du North Carolina Medical Center
	<p><b>Population-échantillon, critères inclusions/exclusions :</b></p> <p>Patients : « L'échantillon comprenait des patients adultes (âgés dès 18 ans) atteints d'un cancer du sein, d'un cancer des cellules rénales (RCC), d'une leucémie myéloïde chronique (CML) et d'un cancer colorectal (CRC) recevant de la chimiothérapie orale. »</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> « Les patients qui étaient en soins palliatifs, atteints de troubles cognitifs et qui ont besoin d'aide pour l'administration de médicaments, ou qui ne sont pas anglophones ont été exclus. »</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Méthode de collecte des données :</b></p> <p>Les participants ont été recrutés lors des visites cliniques et ceux qui ont participé à l'étude ont reçu une enquête papier à remplir et retourner avant de quitter la clinique.</p>
	<p><b>Outils de mesure :</b></p> <p>« D'avril 2011 à février 2012, les patients ont été identifiés par des recherches électroniques du système d'information sur la pharmacie (PharmNet) et des dossiers médicaux électroniques (WebCis) et par contact avec les oncologues primaires et les fournisseurs de pratiques avancées (APP) aux cliniques concernées à l'Université Du North Carolina Medical Center. »</p>
Déroulement de l'étude	« Il y a eu d'avril 2011 à février 2012, lors de l'identification électronique, 152 patients identifiés. Dix-sept patients n'ont pas respecté les critères d'inclusion et 40 patients supplémentaires n'ont pas eu de rendez-vous clinique à venir pendant la période d'étude. Nonante trois (93) des 95 patients ont approfondi l'enquête (taux de réponse de 98%). »
<b>Considérations éthiques</b>	« Cette étude a été examinée et approuvée par le Conseil d'examen institutionnel (IRB) du Centre médical de l'Université de Caroline du Nord. Les patients ont été informées qu'en complétant le sondage, ils donnaient leur consentement à participer à l'étude. »

<b>Résultats</b>  Traitement des données	<p>« Une enquête papier à 30 questions, adapté du questionnaire de littérature en santé de Chew et al., 9 a été utilisé. L'enquête comprenait quatre domaines: les pratiques actuelles liées à l'utilisation du médicament par le patient, les problèmes liés à la lecture et la compréhension des directives sur les étiquettes des médicaments, le comportement entourant l'administration du CO en matière alimentaire et la démographie. Les questions étaient soit fermées, soit il y avait une échelle de Likerttype, soit " cocher toutes les cases", avec des options pour écrire dans les commentaires lorsque' " autre" était la réponse sélectionnée. »</p> <p>« Des statistiques descriptives sont fournies pour toutes les réponses, et les comparaisons entre les groupes ont été faites en utilisant le test exact de Fisher. Une modélisation de régression logistique multi variable a été utilisée pour le résultat de l'oubli, et les rapports de cotes (OR). Toutes les analyses ont été menées à l'aide du logiciel statistique SAS version 9.2 (Cary, NC). Les instructions de l'emballage de la FDA étaient la référence pour déterminer le moment « approprié » du CO en ce qui concerne les aliments. »</p>
Présentation des résultats	<p>« Les résultats de l'étude sont présentés à l'aide de 3 tableaux. Le premier tableau aborde les caractéristiques démographiques et cliniques de la population étudiée. Le tableau 2 aborde les sources d'information de la chimiothérapie orale. Le tableau 3 aborde les réponses sélectionnées durant le sondage. »</p> <p><b>Tableau 1 :</b> « Cinquante-neuf pour cent des répondants avaient plus de 50 ans. Le genre était également représenté, tout comme la durée de la thérapie. Soixante-neuf pour cent des patients avaient terminé un collège. Les répondants ont eu les diagnostics suivants: Leucémie myélogène chronique LMC (36%), carcinome rénal RCC (32%), cancer du sein (24%) et cancer colorectal CRC (9%). L'antinéoplasie orale la plus courante était la capécitabine et le nilotinib. »</p> <p><b>Tableau 2 :</b> « Trente-neuf pour cent (n= 36/92) des patients ont déclaré qu'ils ne regardaient jamais les informations d'étiquetage. Bien que 98% (n=90/92) des patients qui n'ont peu ou pas de difficulté à lire l'étiquette, 15% (n =14/91) des patients ont déclaré que l'étiquette est parfois difficile à comprendre. A savoir, voir les mots sur l'étiquette (taille de la police, audace, format, etc.) et la compréhension mentionnée pour pouvoir interpréter et suivre les instructions. Les patients qui « ont toujours / fréquemment » regardé leurs étiquettes étaient moins susceptibles d'oublier de prendre leur CO par rapport aux patients qui « parfois / jamais » ont regardé l'étiquette (20% contre 35%, respectivement, p=0,05). Lorsqu'on leur a posé des questions sur les améliorations qui pourraient être apportées à l'étiquette du médicament pour une lisibilité plus facile, les patients recommandent ce qui suit : une taille de police plus grande sur l'étiquette (46%, n =29/63), un meilleur code couleur (16%, n =10/63) et des symboles plus faciles (11%, n= 7/63). »</p>

« Même les patients qui n'avaient aucune difficulté à lire l'étiquette préféraient une taille de police plus grande (40%, n = 17/43), un meilleur code de couleur (9%, n=4 / 43) et des symboles plus faciles (7%, n =3/43). Les patients ont également eu des recommandations pour les aider à comprendre divers aspects de l'étiquette du médicament. Il s'agissait notamment d'éviter les abréviations (23%, n =14/62), de donner des directives plus faciles (21%, n= 13/62) et ne pas utiliser d'autocollants (11%, n =7/62). »

**Tableau 3 :** « En ce qui concerne les oublis, bien que la plupart des patients (88%) aient déclaré qu'ils étaient « très confortables » en prenant leur CO avec les instructions qu'ils ont reçues, seulement 70% (64/92) ont répondu qu'ils n'avaient jamais oublié et 77% (72/93) qu'ils n'ont jamais sauté ou réduit leurs doses de la CO intentionnellement. Parmi ceux qui ont rétréci intentionnellement (n21), 38% (8/21) l'ont signalé sans le dire à leur médecin. Les raisons des oublis sont :

- Les facteurs démographiques qui ont été associés à un oubli accru chez les CO pendant plus de 6 mois par rapport à ceux qui ont pris des CO pendant moins de 6 mois (p=0,03)
- Âge inférieur à 50 ans (p=0.002)
- Le diagnostic d'une malignité supérieure à 12 mois (p=0.015).

En ce qui concerne les types de cancer spécifiques, les patients atteints de LMC ont signalé des taux plus élevés d'oubli de CO (48%) par rapport aux patients atteints de cancer du sein (23%), RCC (18%) et ceux atteints de malignité GI (13%) (p= 0.05). »

« Étant donné que la période temps des CO (prise de traitement de plus ou moins de 6 mois) et du diagnostic (malignité supérieure à 12 mois) étaient associés à l'oubli, un modèle multi variable était adapté pour évaluer l'association du temps entre le diagnostic, l'âge et le type de cancer avec l'oubli. Cette analyse exploratrice a montré qu'un âge inférieur à 50 ans et un diagnostic posé il y a plus d'un an, étaient significativement associés à l'oubli (OR =6.4 (95% CI: (2.00, 20.00)) and 12.9 (95% CI: (1.48, 112.15)). »

« Une variété de facteurs ont été signalés comme des raisons pour lesquelles les patients étaient incompatibles avec l'administration du CO. Parmi les patients qui ont déclaré réduire leur CO, 45% (9/20) ont indiqué qu'ils étaient chargés de le faire par leur fournisseur et 35% (7/20) ont indiqué qu'un effet secondaire du médicament

était la principale raison. Il est à noter que 38% (8/21) des patients ont arrêté le traitement en raison d'effets indésirables sans les instructions de leur médecin. »

« Les types d'effets secondaires les plus courants observés par les patients qui réduisent leurs OC incluent :

- La neuropathie (n=10)
- La diarrhée (n= 5)
- La fatigue (n=9)
- La nausée (n=7)
- L'éruption cutanée (n= 3).

« D'autres raisons de l'administration inconsistante de l'OC comprenaient un retard dans le remplissage de leur OC de leur pharmacie (17%, 14/83). La majorité de ces retards étaient de 1 à 3 jours. Moins de 1% des patients ont déclaré ne pas prendre leur CO due à l'oubli lié au voyage ou à la détresse émotionnelle. Les coûts n'étaient pas un déterminant majeur de la non-adhésion déclarée par le patient au traitement (n = 3). »

<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« L'adhésion à la CO continue d'être un domaine de recherche important. L'objectif de l'étude était de caractériser les obstacles associés à l'utilisation appropriée de la chimiothérapie orale à travers un large éventail de maladies et d'antécédents démographiques. Ce type d'étude est important pour répondre aux besoins d'interventions chez un patient, un clinicien et / ou un système de santé, afin d'améliorer l'éducation des patients et la communication des membres de l'équipe de soins de santé. Étonnamment, le coût n'était pas un obstacle majeur identifié dans cette étude, probablement parce que la plupart des patients avaient surmonté cette barrière et étaient déjà en traitement. Cependant, le coût reste un obstacle majeur aux soins et ne doit pas être négligé dans les considérations futures de l'adhésion. »</p> <p>« La gestion des effets indésirables est un moyen essentiel d'empêcher la non-adhésion. On ne sait pas comment les doses manquées en raison des effets indésirables des médicaments ont un impact sur les résultats pour de nombreuses chimiothérapie orale. Une découverte remarquable de Marin et al., qui a évalué l'adhésion en utilisant un système de surveillance des événements de médicaments (MEMS), a été que les effets néfastes pour l'imatinib étaient prédictifs d'un taux faible d'adhésion et des taux inférieurs de réponse moléculaire et cytogénétique. Parce que les patients prennent des CO en continu (parfois pendant plusieurs années comme dans les traitements contre la LMC ou le cancer du sein), subissent des effets indésirables de grade 1 ou 2 peuvent également être non adhérents. La gestion précoce des toxicités est essentielle pour obtenir les avantages thérapeutiques souhaités. Ces interventions et leurs effets sur l'adhésion devraient être explorés davantage avant tout traitement. »</p> <p>« La question de la mauvaise connaissance de la santé et de ses effets sur l'adhésion est bien connue, mais elle prévaut encore comme une question importante. Une bonne étiquette d'information sur les médicaments, une communication verbale appropriée par le clinicien, des conseils supplémentaires sont idéales. Ainsi que les appels téléphoniques de suivi devraient être mis en place. »</p> <p>« De manière surprenante, près de 40% des patients prenant des chimiothérapies orales qui induisent des interactions entre des médicaments (FDI) et la nourriture, n'ont pas pensé à la dernière fois qu'ils ont mangé. Les répercussions de cette découverte sont que les patients peuvent ne pas obtenir les résultats thérapeutiques attendus et / ou ils peuvent subir une toxicité significative conduisant à une diminution de l'adhésion à la thérapie. Dans le cas de l'imatinib, ne pas le prendre avec de la nourriture pourrait contribuer à une toxicité gastro-intestinale importante, entraînant une non-adhésion, qui a été documentée dans la littérature par Marin et al. »</p>
---	--



« Les résultats de cette étude et la création d'une pharmacie (en clinique oncologique) avec des pharmaciens spécialistes ont permis d'assurer les besoins des patients afin qu'ils soient satisfaits en ce qui concerne les agents de chimiothérapies orales, en fournissant de l'éducation, en surmontant les obstacles aux coûts, en gérant les toxicités du médicament et en donnant des outils d'adhésion. »

**Limites :**

« Les limites de cette étude incluent l'utilisation d'enquêtes anonymes, ce qui a empêché l'étude de vérifier la fiabilité des réponses des patients avec leurs dossiers médicaux et de ne pas mesurer directement l'adhésion

	<p>(capsules MEM, comptage de pilules, etc.). L'étude ne sait pas non plus quelle information a été communiquée au patient par l'équipe de soins de santé, le médecin, l'infirmière ou le pharmacien. En outre, comme indiqué ci-dessus, il y avait cinq versions de l'enquête avec des modifications mineures qui ont été distribuées en fonction des commentaires de l'équipe de recherche et des participants au sondage. L'inclusion de patients ayant des essais cliniques pourrait également constituer un facteur de confusion, même s'ils ne représentaient qu'un faible pourcentage de patients. »</p> <p><b>Conclusion :</b></p> <p>« L'étude a constaté qu'il existe un écart important entre la façon dont l'étude demande aux patients de prendre leurs chimiothérapies orales en comparaison de ce qu'ils ont rapporté. Les trois principales conclusions ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients, en particulier les patients plus jeunes, sont plus susceptibles d'oublier ou de réduire intentionnellement leur CO sans informer leurs médecins.</li> <li>• Il existe un malentendu pour les patients en ce qui concerne le moment de la consommation du médicament lors de l'alimentation.</li> <li>• Bien que presque tous les patients puissent regarder leurs étiquettes de médicaments, ils ne sont pas toujours en mesure de suivre les instructions.</li> </ul> <p>Il faudrait un effort concerté entre les cliniciens, les systèmes de santé et les décideurs, afin d'assurer une gestion optimale de l'utilisation de la chimiothérapie orale à travers l'élaboration de stratégies structurées d'éducation des patients, des outils de surveillance de l'adhésion et une gestion rapide des toxicités. »</p>
Perspectives futures	<p>« Les résultats de l'étude suggèrent également que les améliorations apportées au format et à la taille des instructions sur les étiquettes des médicaments seraient bénéfiques aux patients pour mieux comprendre les instructions. Les malentendus des instructions d'étiquetage peuvent être évités en utilisant des instructions plus explicites et simples (deux comprimés le matin, deux comprimés le soir) et en organisant l'étiquette pour réduire les éléments distrayants. »</p>

	« Une approche multidimensionnelle et intégrée est nécessaire pour résoudre les obstacles identifiés à l'adhésion des chimiothérapies orales. Un programme de livraison CO complet doit être exploré afin d'optimiser la communication des instructions pour une utilisation CO optimale. En raison de la pénurie continue et des contraintes de temps des oncologues, les pharmaciens cliniciens ou d'autres APP peuvent prendre la responsabilité de l'éducation du patient sur l'utilisation appropriée de la CO. Ils devraient souligner les principaux points en matière de conseils en mettant l'accent sur l'administration de la CO en matière alimentaire. En outre, toutes les toxicités devraient être abordées car ce sont des raisons courantes de non-respect de la prise de la CO. »
--	---

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

### Approche quantitative

#### Patient perspectives on the barriers associated with medication adherence to oral chemotherapy

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Auteur</b>	Muluneh, B., Deal, Allison., Alexander, M.D., Keisler, M.D., Markey, J.M., Neal, J.M., Bernard, S., Velgus, J.& Dressler, L.G.(2016) Patient perspectives on the barriers associated with medication adherence to oral chemotherapy. Journal of oncology pharmacy practice, 1-12. doi: 10.1177/107815216679026				
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le sujet indique la présence de barrières à l'adhésion des chimiothérapies orales. Il est clair et concis.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex.,l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient une introduction, une méthode, des résultats et une conclusion. Le résumé est complet et précis.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dès les premières lignes de l'introduction, le problème est clairement défini.
<b>Recension des écrits</b>	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Renforce la présence de problématiques avec l'adhésion de la chimiothérapie orale dans le milieu du cancer
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Ils ne sont pas décrits comme tels.
<b>Hypothèses</b>	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Non formulées.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		Non formulées car pas d'hypothèses

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il est décrit dans le texte que l'étude est prospective à savoir qu'il s'agit d'une étude mixte
<b>Population et contexte</b>	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Tout est décrit dans la méthode.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	L'échantillon est petit, il y a seulement 152 patients
<b>Collecte des données et mesures</b>	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			L'instrument de récolte de données est un questionnaire de 30 questions
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables sont décrites
<b>Déroulement de l'étude</b>	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui les procédures de recherche sont décrites correctement.  Oui les mesures sur le droit des participants sont prises en compte
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les analyses statistiques sont montrées dans les différents tableaux de l'étude
<b>Présentation des résultats</b>	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les 3 tableaux sont généralement exprimés en % .

<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Les résultats ne sont pas interprétés à partir d'un cadre théorique
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs suggèrent une meilleure compréhension des instructions sur les étiquettes de médicament. Ainsi qu'une meilleure communication sur les instructions de l'utilisation de la chimiothérapie orale. De plus, toutes les toxicités devraient être abordées car ce sont des raisons courantes de non-respect.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs les expliquent correctement et de manière distincte.
<b>Perspectives futures</b>	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs donnent des conseils et suggestions. Ceci est expliqué correctement dans la discussion.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	<p>L'organisation de l'article est complète, nous trouvons le titre, le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion, la conclusion et les références bibliographiques.</p> <p>L'introduction ne comprend pas d'hypothèse, l'article ne comprend pas de cadre théorique et conceptuel, le devis de recherche est précisé explicitement, il n'est pas possible de déterminer si l'échantillon était suffisamment grand car il n'y a pas eu de calculs statistiques, les variables ne sont pas mentionnées.</p> <p>En conclusion, il manque quelques informations pour pouvoir effectuer une analyse minutieuse.</p>

<b>Évaluation globale</b>	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Il est nécessaire qu'un effort concerté entre les cliniciens, les systèmes de santé et les politiciens se mettent en place afin d'assurer une gestion optimale de l'utilisation de la chimiothérapie orale afin d'élaborer des stratégies structurées d'éducation des patients, des outils de surveillance de l'adhésion et une gestion rapide des toxicités
---------------------------	---	---	--	--	--

Références bibliographique : Loiseleur, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec :

ERPI.

## Grille de résumé d'un article scientifique

### Approche qualitative

#### Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence : breast cancer patients' point of view

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Pellegrini, I., Sarradon-Eck, A., Soussan, P. B., Lacour, A.-C., Largillier, R., Tallet, A., ... Julian-Reynier, C. (2010). Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence : breast cancer patients' point of view. <i>Psycho-Oncology</i> , 19(5), 472-479. <a href="https://doi.org/10.1002/pon.1593">https://doi.org/10.1002/pon.1593</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	« Il existe des problèmes physiques importants souvent associés au traitement au tamoxifène et mettent en évidence les représentations complexes du traitement des femmes et leur interprétation des effets secondaires. »



Recension des écrits	<p>« Chez les patientes ayant un cancer du sein atteintes de tumeurs positives pour les récepteurs d'œstrogènes, un traitement de cinq ans de tamoxifène adjuvant réduit de 46% le risque de récurrence et celui de décès par cancer du sein de 26%. Les comparaisons entre les durées de traitement ont indiqué que les femmes prenant du tamoxifène pendant moins de cinq ans ont des taux de récurrence et de mortalité significativement plus élevés pour le cancer du sein. La non-adhésion au tamoxifène ou l'arrêt rapide du traitement est donc susceptible d'entraîner des résultats moins favorables chez les patientes. Le tamoxifène est un antagoniste sélectif des récepteurs des œstrogènes avec une faible activité agoniste. Les effets secondaires du traitement comprennent des risques légèrement accrus de thromboses et de cancer de l'endomètre, et des effets moindres tels que le développement ou l'aggravation des symptômes de la ménopause. Son utilisation, qui est généralement combinée à une chimiothérapie adjuvante, entraîne une ménopause prématurée et une perte de capacité de procréation dans le nombre croissant de jeunes femmes qui survivent pendant de longues périodes après le diagnostic de cancer du sein. En fonction de la population interrogée et des méthodes de mesure utilisées, les taux d'adhésion au tamoxifène ont été compris entre 45 et 88%. Il a récemment été établi que l'adhésion au tamoxifène ne peut pas toujours être prise pour acquis pendant les cinq années requises pour obtenir les avantages maximums. L'adhésion tend à diminuer avec le temps, avec la plupart des interruptions au cours de la première année de suivi. L'adhésion aux conseils médicaux, aux médicaments prescrits et aux traitements médicaux dépend de plusieurs facteurs. Les raisons du non-respect du tamoxifène n'ont pas encore été documentées à ce jour. Il existe peu de preuves disponibles sur les effets des facteurs démographiques, mais l'âge extrême (moins de 45 ans et plus de 75 ans) a été associé à moins d'adhésion. Les effets secondaires graves sont certainement susceptibles de provoquer une interruption du traitement des femmes. Les valeurs et les croyances sur la santé et la médecine ont également été répercutées sur l'utilisation des médicaments par les patients. Dans le cas du tamoxifène, la croyance des patientes selon laquelle les avantages du médicament l'emportent sur les inconvénients (donnant un score d'équilibre positif) a été trouvée comme un autre facteur prédictif de leur adhésion. Des croyances négatives ou neutres sur la valeur du tamoxifène ont été associées à l'arrêt du traitement. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Théorie Grounded.
Question de recherche/buts	« Documenter les représentations sous-jacentes aux croyances de ces femmes et leurs expériences du traitement au tamoxifène et obtenir une image complète sur la façon dont ces facteurs influent sur leur adhésion au traitement. »
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est qualitatif.

Population, échantillon et contexte	<p><b>Contexte :</b> « Patientes recrutées par des consultations faites par deux oncologues et un radiologue dans deux centres régionaux de cancérologie dans le sud-est de la France (à Marseille et à Nice). »</p> <p><b>Population :</b> « Les femmes atteintes de cancer du sein primaire auxquelles le tamoxifène avait été prescrit, qui étaient prêtes à discuter de cette question et à partager leur expérience. Vingt participantes ont d'abord été recrutées par consultations et ensuite quatorze autres par la même méthode que les précédentes. »</p> <p><b>Critères inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Age</li> <li>• Durée du traitement</li> <li>• Etat ménopausique au moment du diagnostic</li> <li>• Arrêt et refus du traitement</li> </ul> <p><b>Critères exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détresse respiratoire aigue</li> <li>• Déficiences cognitives</li> <li>• Maîtrise insuffisante du français</li> </ul> <p><b>Echantillons :</b> 34 patientes.</p>
Méthode de collecte des données	Entretiens individuels non limité avec les patientes.
Déroulement de l'étude	<p>« Les données ont été recueillies lors d'entretiens approfondis conçus pour faciliter la libre expression des pensées et des sentiments dans un environnement sans jugement avec chaque patiente à un seul moment, après la prescription du tamoxifène. Les entretiens ont été effectués par les deux premiers auteurs, qui ont tous deux eu une expérience préalable de la réalisation d'entretiens qualitatifs avec des patientes atteintes de cancer et ont conservé un journal réflexif. Les sujets couverts comprenaient l'apparition et l'histoire de la maladie, l'expérience des femmes sur les traitements antérieurs, les effets secondaires rencontrés, les relations avec la clinique et / ou le personnel, leur compréhension et les attentes du traitement et leurs points de vue sur leur santé future. Étant donné que la théorie Grounded implique un processus itératif, les réponses des premières participantes ont façonné le contenu des entretiens. Chaque entretien a duré de 40 à 60 minutes. Les interviews ont été enregistrés, retranscrits textuellement et vérifiés pour la précision. Les quatre premières entrevues ont été examinées pour vérifier la fiabilité de la technique de l'interview. Les données sur les patients présentant le plus grand intérêt (refus de traitement ou interruption) ont été examinées à un stade précoce.</p> <p>Les patientes ont pu choisir où elles se sentiraient les plus à l'aise pendant leur entrevue. L'étude a pris fin lorsque les résultats n'ont plus été améliorés par d'autres entretiens ou analyses (lorsque le point de saturation des données a été atteint). »</p>
<b>Considérations éthiques</b>	« L'étude était conforme aux exigences éthiques nationales et locales françaises (consentement écrit éclairé, autorisation de l'administration locale de l'hôpital et du personnel médical). »

<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	Analyse thématique : « Une méthode d'analyse itérative systématique basée sur la méthode comparative constante a ensuite été appliquée pour examiner progressivement les 34 transcriptions de l'interview dans leur intégralité. Dans l'analyse des données, des codes ouverts indiquant la signification de différentes sections du texte ont d'abord été générés afin de classer les données. Ces sections ont ensuite été organisées progressivement et codées en termes de thèmes et de catégories de codage. En utilisant une méthode systématique d'examen des transcriptions ligne par ligne, les textes ont été codés et comparés entre les cas par les deux auteurs, qui ont effectué l'analyse de manière indépendante pour maximiser la rigueur. Au fur et à mesure que les nouvelles transcriptions étaient analysées, les thèmes étaient raffinés, ciblés ou modifiés. Certains thèmes liés au tamoxifène (comme la gravité des effets secondaires) ont été immédiatement évidents et ont été codés à un stade précoce de l'analyse. D'autres ne sont apparus qu'après une analyse plus approfondie. Une fois qu'un thème a émergé de certains entretiens, les données ont été réanalysées pour déterminer si d'autres répondants se sont référés explicitement ou implicitement à ce thème et à la recherche de cas déviants. La collecte et l'analyse des données ont été itératives et de nouvelles données ont été utilisées pour évaluer la fiabilité de l'analyse en cours. Des discussions périodiques ont eu lieu avec d'autres membres du groupe de recherche pour vérifier la plausibilité et la pertinence des thèmes et des modèles observés. »
Présentation des résultats	« Il y avait des représentations contradictoires sur les effets hormonaux / antihormonaux du tamoxifène L'un des aspects les plus frappants était le fait que les patientes utilisaient beaucoup de termes différents pour désigner le tamoxifène. Environ le tiers des femmes se sont référées au tamoxifène comme un « traitement hormonal », voire hormone. Ces résultats sont également ressortis lorsqu'elles parlent de leurs habitudes de prise de médicament, qui étaient similaires à celles qu'elles avaient précédemment adoptées avec la pilule contraceptive. À l'inverse, certaines femmes s'attendaient à ce que le tamoxifène ait des effets secondaires indésirables, car cela s'est produit avec des pilules contraceptives. » « Beaucoup ont exprimé leur inquiétude au sujet des traitements hormonaux car ils interfèrent avec les processus naturels. Les femmes étaient souvent réticentes à prendre le tamoxifène à cause du risque accru de cancer de l'utérus connu comme étant associé au tamoxifène et à la peur du cancer associé aux traitements hormonaux. De nombreuses femmes ignoraient le mode d'action et doutaient se savoir si le traitement était vraiment indiqué. Les femmes ont déclaré souffrir de chaleur et/ou de sueurs nocturnes. D'autres problèmes, tels que devenir moins attirants, gain de poids, fatigue, changements menstruels, diminution de l'impulsion sexuelle, sécheresse vaginale et oscillations d'humeur ont également été mentionnés. » « Le manque de traitement approprié pour la gestion des bouffées de chaleur était une préoccupation récurrente et les femmes cherchaient activement une méthode alternative appropriée. De nombreuses femmes ont mentionné le paradoxe inhérent au traitement, qui « sauve la vie » et, en même temps, « a des effets sur le vieillissement ». » « Le dilemme avec lequel elles étaient confrontées parce qu'elles devaient choisir entre la survie et préserver leur apparence jeune et la féminité était insinué dans la plupart des comptes. »

	<p>« D'autres préoccupations comprenaient les différentes formes de discriminations psychosociales auxquelles les femmes atteintes de la ménopause précoce pourraient avoir à faire face notamment, la détérioration de leur image corporelle, l'efficacité professionnelle réduite (en raison des bouffées de chaleur et de la fatigue), la nécessité de trouver un partenaire de vie et la peur d'être abandonnée. »</p> <p>« Parmi les femmes plus jeunes qui n'avaient pas d'enfants et celles qui avaient des plans familiaux au moment du diagnostic, la préservation de leur fertilité était une question particulièrement cruciale. Deux participantes qui avaient refusé ou interrompu le traitement, mentionnaient leurs plans d'avoir des enfants lorsqu'elles expliquaient leur décision. Elles considéraient le fait d'avoir un enfant non seulement comme un investissement dans le futur, mais aussi comme un moyen symbolique pour contrer la maladie mortelle. »</p> <p>« Enfin, certaines femmes ont également décrit avoir de la difficulté à oublier la maladie et à vivre leur vie, puisqu'elles s'en rappelaient chaque jour en prenant la pilule de tamoxifène. »</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>« Bien que le traitement au tamoxifène ait eu peu d'impact sur la vie de certaines participantes à l'études, la plupart d'entre elles ont montré qu'il était associé à la détresse, à l'ambivalence et aux tensions. Certains des résultats, tels que leurs croyances négatives ou neutres sur la valeur du tamoxifène et les effets secondaires graves qu'elles ont vécus, sont en accord avec les conclusions sur la non-adhésion dans les études biomédicales et psychosociales quantitatives antérieures. Tout d'abord, les femmes avaient souvent des représentations confuses de la drogue, Ce qui affectait leur compréhension du traitement. Bien que ces représentations aient pu résulter en partie de ce qu'elles avaient entendu parler, des confusions sur le mode d'action se sont produites souvent, ce qui a conduit à une ambivalence ou une perplexité quant à la valeur du traitement. Certaines femmes ont mentionné les effets potentiellement nocifs sur leur corps en prenant des « hormones » et ont exprimé des inquiétudes concernant la perturbation du rythme physique naturel. Plus précisément, les femmes ont exprimé leur réticence à prendre des médicaments hormonaux parce qu'elles avaient entendu parler du risque légèrement augmenté de cancer de l'endomètre associé à l'utilisation du tamoxifène et au sujet du débat controversé récent sur la THS et le cancer. »</p> <p>« Les résultats de cette étude montrent l'impact des effets secondaires du tamoxifène sur le sens de l'identité des femmes et les efforts nécessaires pour donner un sens à ces effets. Cependant, dans de nombreux cas, l'utilisation antérieure de pilules contraceptives ou de THS a favorisé l'adhésion au traitement. Les croyances sur les effets du tamoxifène ne sont donc pas difficiles et rapides, mais dépendent des représentations des femmes, des médicaments hormonaux et de leur expérience antérieure en matière de THS ou de pilules contraceptives. Comme pour les autres médicaments prescrits pour traiter les maladies chroniques, les femmes qui cessent de prendre du tamoxifène ont tendance à le faire au cours de la première année. Dans le contexte du tamoxifène, plusieurs études ont montré que les informations que les femmes reçoivent sur les effets secondaires du traitement et ce à quoi s'attendre sont insuffisantes. Nos résultats confirment et étendent ces résultats en montrant que pendant les premiers mois après le début du traitement, les femmes ont besoin d'explications médicales sur les effets secondaires, et que la collecte d'informations est considérée comme un moyen positif de surmonter ces problèmes et de retrouver contrôle. »</p>
Forces et limites	Absent

Consé-quences et recommanda-tions	« Cette étude confirme la nécessité de promouvoir la compréhension individuelle des femmes et de discuter de leurs préoccupations de façon continue. Les auteurs suggèrent également que les femmes pourraient avoir besoin de plusieurs types d'informations et de clarifications au début du traitement et dans les mois qui suivent. »
Commentaires	« Les principales priorités des patientes ont été identifiées. Les résultats actuels devraient aider les prestataires de soins de santé à communiquer avec leurs patients atteints de cancer du sein d'une manière qui répond à leurs besoins et leurs attentes. Ceci devrait contribuer finalement à prévenir le refus ou l'arrêt du traitement. »

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche qualitative

#### Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence : breast cancer patients' point of view

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Pellegrini, I., Sarradon-Eck, A., Soussan, P. B., Lacour, A.-C., Largillier, R., Tallet, A., ... Julian-Reynier, C. (2010). Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence : breast cancer patients' point of view. <i>Psycho-Oncology</i> , 19(5), 472-479. <a href="https://doi.org/10.1002/pon.1593">https://doi.org/10.1002/pon.1593</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	x			Le titre est précis, il contient le concept de l'adhésion, la population de l'étude et le déroulement de l'étude. Il manque en revanche la théorie de grounded.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Le résumé est synthétique et bien structuré. Il contient l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			Le problème est clairement formulé dans la première partie de l'introduction, dans la recension des écrits
<b>Recension des écrits</b>	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			Elle présente l'état actuel sur les connaissances, se situe dans l'introduction.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	x			Le cadre théorique y est clairement défini, il s'agit de la théorie Grounded.
<b>Question de recherche/buts</b>	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			Le but est de documenter les représentations sous-jacentes aux croyances de ces femmes et leur expérience du traitement au tamoxifène afin d'obtenir une image complète de la façon dont ces facteurs

					influent sur leur adhésion au traitement. Il se trouve dans la dernière partie de l'introduction.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			Le devis de recherche est explicite, il est qualitatif.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			Il y a une adéquation entre le devis de recherche et le problème de l'étude.
<b>Population, échantillon et contexte</b>	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			Il s'agit de 34 femmes ayant un traitement adjuvant de tamoxifène.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			Il y a des critères d'exclusions et d'inclusions.
<b>Méthode de collecte des données</b>	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			Nous savons où a eu lieu la récolte de donnée, sous quelle forme et par qui elle a été faite. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits et l'étude s'est terminée lorsque le point de saturation des données a été atteint.
<b>Déroulement de l'étude</b>	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			Le déroulement y est clairement décrit.
<b>Considérations éthiques</b>	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			L'étude était conforme aux exigences éthiques nationales et locales françaises (consentement écrit éclairé, autorisation de l'administration locale de l'hôpital et du personnel médical).
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			Plusieurs méthodes d'analyses ont été utilisées, elles sont expliquées dans le chapitre « collecte et analyse de données ».
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	x			Chaque entretien a été codé et comparé entre les patientes par les deux auteurs, qui ont effectué l'analyse de manière indépendante pour maximiser la

					rigueur Des discussions périodiques ont eu lieu avec d'autres membres du groupe de recherche pour vérifier la plausibilité et la pertinence des thèmes et des modèles observés.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			Le résumé est compréhensible et contient des verbatim pour illustrer les barrières et facilitateurs de l'adhésion.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			Chaque thème est expliqué de façon logique et est appuyé d'un verbatim.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			x	Les deux auteurs ont analysé les données, mais nous ne savons pas si les participantes ou des experts les ont également évaluées.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			Les résultats sont discutés à l'aide des études antérieures.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		x		La conclusion parle de la transférabilité des résultats.
<b>Conséquences et recommandations</b>	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?				Cette étude confirme la nécessité de promouvoir la compréhension individuelle des femmes et de discuter de leurs préoccupations de façon continue.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			L'article est bien écrit et a une bonne structure.
<b>Commentaires :</b>					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



## Grille de lecture d'un article scientifique

### Approche quantitative

#### Endocrine therapy adherence: a cross-sectional study of factors affecting adherence and discontinuation of therapy

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Quinn, E. M., Fleming, C., & O'Sullivan, M. J. (2016). Endocrine therapy adherence: a cross-sectional study of factors affecting adherence and discontinuation of therapy. <i>Irish Journal of Medical Science</i> , 185(2), 383-392. <a href="https://doi.org/10.1007/s11845-015-1307-4">https://doi.org/10.1007/s11845-015-1307-4</a>
Introduction Enoncé du problème	« La prise d'un traitement hormonal adjuvant pendant 5 ans améliore les résultats oncologiques du cancer du sein positif aux récepteurs des œstrogènes. Les taux d'adhésion à la thérapie hormonale sont faibles et la recherche de causes modifiables se poursuit ».
Recension des écrits	<p>« Bien que le tamoxifène ait d'abord été testé pour le cancer du sein dans les années 1970, ce n'est qu'en 1998 qu'un bénéfice de survie a été démontré dans les cancers du sein ER-positifs. 5 ans de traitement par tamoxifène adjuvant ont montré une réduction des taux de récurrence du cancer du sein de 47% et une réduction du taux de mortalité de 26% sur une période de 10 ans. Des études plus récentes ont suggéré un bénéfice d'une durée prolongée de la thérapie au tamoxifène. Le tamoxifène a également été démontré pour être bénéfique dans la réduction du risque de cancer du sein chez les patients ER-positifs avec un carcinome galactophorique in situ (DCIS). Les inhibiteurs de l'aromatase ont d'abord été développés dans les années 1970, mais la toxicité des IA a limité l'utilité des premiers médicaments de cette classe. Les IA plus récents ont été initialement introduits comme thérapie de deuxième intention pour les patients atteints du cancer du sein avancé qui avaient une progression de la maladie tout en prenant du tamoxifène. Cependant, l'anastrazole a été montré par la suite comme un traitement adjuvant efficace pour le cancer du sein précoce chez les femmes ménopausées. 5 ans de traitement à l'anastrazole prolongent de manière significative la survie sans maladie, le délai de récurrence et des métastases, ainsi que l'incidence du cancer du sein contralatéral par rapport au traitement avec du tamoxifène chez les femmes ménopausées. Des études sont en cours pour évaluer le bénéfice de la durée prolongée du traitement de l'IA pour le cancer du sein précoce.</p> <p>Une étude récente sur les patients non-adhérents (définie comme l'omission du traitement hormonal pendant ≥180 jours) a montré un odds ratio de récurrence du cancer de 2,88 par rapport aux patients adhérents. Des études antérieures ont indiqué certains facteurs qui se sont révélés associés à une mauvaise adhésion ou à une non-adhésion à la thérapie hormonale, y compris une situation financière inférieure, coût de la médication, des âges extrêmes, les patients qui perçoivent leur besoin plus bas, la fréquence et/ou l'efficacité de la communication des médecins, les problèmes de médicaments / effets secondaires, le manque de soutien social et les émotions négatives. Dans une étude, les patients</p>

	ayant une meilleure compréhension de leur cancer du sein positifs aux récepteurs hormonaux étaient plus susceptibles d'être adhérents ».
Cadre théorique ou conceptuel	Absent.
Hypothèses	<b>Question/hypothèse</b> : Absent. « L'objectif est d'évaluer les taux d'adhésion à la thérapie hormonale dans une population de femmes irlandaises atteintes d'un cancer du sein ER / PR positif et de rechercher des facteurs modifiables associés à la non-adhésion ».
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Quantitatif.
Population et contexte	<b>Contexte</b> : Une étude transversale a été réalisée dans les cliniques du cancer du sein et d'oncologie dans un centre régional de référence tertiaire pour le cancer du sein dans un hôpital universitaire d'enseignement sur une période de 6 mois en 2013/2014. <b>Population-échantillon, critères d'inclusion/d'exclusion</b> : « Un sondage anonyme transversal a été effectué sur 261 patients ayant une thérapie hormonale Tous les patients ont assisté dans les 5 ans suivant leur diagnostic du cancer du sein en début de stade, ayant des tumeurs ER / PR positif, et la plupart ayant une thérapie hormonale, bien qu'un nombre plus petit soit en traitement hormonal réducteur de risque ».
Collecte des données et mesures	Méthode de collecte des données : « Les 261 patients ont rempli des questionnaires et leurs données démographiques sont présentées dans le tableau 2. Chaque patient consentant a rempli un questionnaire anonyme, fournissant des informations autodéclarées concernant le diagnostic, le traitement, les comorbidités, la démographie, les finances du ménage, le suivi et le soutien social / émotionnel. Chaque patient a également complété un score d'adhésion médicamenteux validé (tableau 1) et fourni des informations concernant l'interruption du traitement (l'interruption temporaire est définie comme étant de < 6 mois, l'interruption définitive étant définie comme une interruption de ≥ 6 mois), les raisons de l'interruption et les effets secondaires rencontrés ». Outils de mesure : Un sondage anonyme transversal.
Considérations éthiques	« L'approbation de l'éthique pour l'étude a été obtenue auprès du Comité d'éthique des hôpitaux pédagogiques de Cork et chaque patient a donné son consentement éclairé par écrit ».
Déroulement de l'étude	« Les patients qui ont accepté de participer ont été dirigés dans une zone distincte de la clinique afin de compléter leur questionnaire en privé et leur anonymat était assuré ».

<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>« Les données ont été enregistrées dans Excel (Microsoft, US) et analysées à l'aide de SPSS Version 20 (IBM). Les variables continues ont été analysées via le test t, alors que les variables catégorielles ont été comparées par des tests Chi-quadrillé et Exact de Fisher. Les variables identifiées comme associées à une adhésion sous-optimale avec une valeur <math>p \leq 0.200</math> ont été analysées dans un modèle de régression multivariée utilisant une régression logistique binaire. Score d'adhésion médicamenteux ».</p>
Présentation des résultats	<p>« Les 29 patients (10,9%) ont cessé définitivement de prendre le traitement prescrit. Les raisons sont présentées dans le tableau 3. 22 patients (8,3%) ont cessé temporairement l'hormonothérapie ; les raisons et la durée de l'arrêt sont présentées dans le tableau 3.</p> <p>Les effets secondaires insoutenables sont très élevés dans les deux groupes. Seulement 67,2% (<math>n = 178</math>) des patients ont bien compris pourquoi ils ont une thérapie hormonale (figure 1a). Cependant, la compréhension n'a pas été en corrélation avec l'adhésion (<math>p = 0,194</math>) (tableau 4).</p> <p>67,8% des patients évalués ont démontré une adhésion complète aux médicaments sur l'échelle d'adhésion aux médicaments (figure 1b). Les patients ont ensuite été divisés en deux groupes ; ceux qui étaient pleinement adhérents et ceux qui avaient une adhésion sous-optimale dans le but de déterminer les facteurs associés à l'adhésion complète. L'adhésion sous-optimale était plus probable chez les patients plus jeunes (<math>p &lt; 0,001</math>), ceux en emploi (<math>p = 0,005</math>), ceux ayant un revenu familial plus élevé (<math>p = 0,023</math>), ceux qui ont eu des effets secondaires (<math>p = 0,006</math>), ceux qui ont rapporté avoir un pauvre soutien émotionnel (<math>p &lt; 0,001</math>) et ceux qui utilisent Internet pour s'informer sur leur maladie (<math>p = 0,003</math>) (tableau 4). Le seul effet secondaire spécifique associé à l'adhésion sous-optimale était le trouble de l'humeur, chez les patients prenant du tamoxifène (<math>p = 0,033</math>), (figure 2). Lorsque ces facteurs ont été analysés par analyse multivariée, l'emploi, les effets secondaires et le niveau de soutien émotionnel étaient significativement associés à l'adhésion sous-optimale (tableau 5) ».</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>✎ « Cette étude a montré que l'adhésion sous-optimale avec l'hormonothérapie est fréquente, avec 32,2% des patients qui ne respectent pas complètement leur prescription et 10% des patients ont cessé définitivement.</p> <p>✎ L'adhésion à la thérapie hormonale est un problème important.</p> <p>✎ Il est possible, qu'une mauvaise adhésion aux thérapies hormonales ait été un problème depuis de nombreuses années mais les conséquences d'une mauvaise adhésion peuvent être beaucoup plus importantes aujourd'hui qu'auparavant. Les émotions négatives, les troubles de l'humeur et le soutien émotionnel sont des thèmes communs lors de l'examen de l'adhésion à la thérapie hormonale.</p> <p>✎ L'étude a confirmé un lien entre un faible soutien émotionnel et une adhésion sous-optimale.</p> <p>✎ Le statut de l'emploi a été un facteur important dans l'étude. Le groupe d'adhésion complet avait une proportion plus élevée de patients à la retraite et de patients qui sont à plein temps à la maison par rapport au groupe sous-optimal qui avait des proportions plus élevées de patients travaillant à temps partiel ou à plein temps. Les raisons de cela ne sont pas claires. L'étude suppose que les patients employés sont susceptibles d'être plus jeunes que les retraités ou que les patients souffrant d'effets secondaires peuvent interrompre leurs médicaments pour leur permettre de travailler.</p>

	<p>Les effets secondaires ont été fréquemment observés dans les deux groupes de patients, mais ont plus été signalés dans le groupe d'adhésion sous-optimale.</p> <p>Il existe une cohorte de patients chez qui les effets secondaires jouent un rôle dans la détermination de l'adhésion. La connaissance des croyances des patients peut aider à adapter la communication en fonction de leurs besoins individuels. L'étude révèle que les patients qui utilisent Internet pour rechercher des informations sur leur maladie sont plus susceptibles d'avoir une adhésion sous-optimale. Cette découverte est particulièrement importante à une époque où les patients ont l'accès facile et utilisent de plus en plus Internet comme source d'informations sur la santé.</p> <p>Cependant, l'étude n'a montré aucun lien entre la compréhension de la raison de la thérapie hormonale et l'adhésion complète ».</p> <p><b>Limites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ « Une limitation est la conception transversale qui ne permet pas d'évaluer les changements d'adhésion dans le temps. Cependant, il fournit une véritable représentation des taux d'adhésion et d'arrêt dans une grande cohorte de patients, ainsi que des informations concernant certains facteurs qui affectent l'adhésion.</li> <li>⤴ La population de l'étude est limitée par un biais de sélection, car les patients ayant le plus d'adhésion au traitement peuvent ne pas suivre le suivi de leur hôpital et, par conséquent, ils n'ont peut-être pas été inclus par cette étude hospitalière.</li> <li>⤴ La vérification de l'information clinique fournie par les patients est exclue par le caractère anonyme du questionnaire. Cependant, c'est cet anonymat qui rend probable que les réponses fournies reflètent correctement les taux d'adhésion, les taux d'interruption et les facteurs sociaux et émotionnels ».</li> </ul> <p><b>Conclusion :</b></p> <p>« En conclusion, l'adhésion à la thérapie hormonale est sous-optimale chez près d'un tiers des patients. Les facteurs associés à cela comprennent un mauvais soutien émotionnel, le statut de l'emploi, les effets secondaires du médicament et l'utilisation d'Internet par le patient ».</p>
Perspectives futures	<p>« L'évaluation et la gestion appropriées des émotions négatives et des effets secondaires, ainsi que diriger les patients vers des sources d'informations fiables sur Internet, pourraient aider à améliorer l'adhésion à la thérapie hormonale chez les femmes atteintes du cancer du sein au stade précoce ».</p>

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

# Grille de lecture critique d'un article scientifique

## Approche quantitative

### Endocrine therapy adherence: a cross-sectional study of factors affecting adherence and discontinuation of therapy

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Référence bibliographique</b>	Quinn, E. M., Fleming, C., & O'Sullivan, M. J. (2016). Endocrine therapy adherence: a cross-sectional study of factors affecting adherence and discontinuation of therapy. <i>Irish Journal of Medical Science</i> , 185(2), 383-392. <a href="https://doi.org/10.1007/s11845-015-1307-4">https://doi.org/10.1007/s11845-015-1307-4</a>				
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Le titre est clair et précis. Le sujet de l'étude est indiqué dans le titre.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Le résumé contient l'introduction, la problématique, le but, la méthodologie, les résultats et la conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Le problème est énoncé à la fin de l'introduction.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			La recension des écrits résume les connaissances sur les variables.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Pas de définition du cadre théorique et conceptuel.
<b>Hypothèses</b>	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		x		Pas d'hypothèse formulée dans le texte.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?		x		Car il n'y a pas d'hypothèse.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		x		Le devis de recherche est implicite.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?			x	Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été mentionnés.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			x	L'échantillon était de 261 patients. On suppose que l'échantillon est adéquat par rapport au contexte, mais cela reste peu clair.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Ils sont détaillés ; un sondage anonyme transversal. Les données ont été enregistrées dans Excel (Microsoft, US) et analysées à l'aide de SPSS Version 20 (IBM). Les variables continues ont été analysées via le test t, alors que les variables catégorielles ont été comparées par des tests Chi-quadrillé et Exact de Fisher. Les variables identifiées comme associées à une adhésion sous-optimale avec une valeur $p \leq 0.200$ ont été analysées dans un modèle de régression multivariée utilisant une régression logistique binaire.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?		x		Les variables ne sont pas décrites.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			La procédure de recherche a été expliquée, on sait comment l'étude a été réalisée. C'était un sondage anonyme transversal. L'approbation de l'éthique pour l'étude a été obtenue auprès du Comité d'éthique des hôpitaux pédagogiques de Cork et chaque patient a donné son consentement éclairé par écrit.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?		x		Il n'y a pas d'hypothèse.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Ils sont présentés de manière claire dans la partie des résultats et sous forme de tableaux, figures. 6 tableaux présentent les résultats ainsi que 3 figures.
<b>Discussion</b>	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre		x		Etant donné qu'il n'y a pas de cadre théorique et conceptuel.

Intégration de la théorie et des concepts	théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		Les auteurs ne suggèrent pas d'études futures.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Ils sont conscients qu'il y a de nombreuses limites concernant l'étude.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherches à venir ?			x	Les conséquences de l'étude sur la pratique clinique sont expliquées à la fin du paragraphe de la conclusion. Il n'y a pas d'explication sur les travaux de recherches à venir.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			x	<p>L'organisation de l'article est complète, nous trouvons le titre, le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion, la conclusion et les références bibliographiques.</p> <p>L'introduction ne comprend pas d'hypothèse, l'article ne comprend pas de cadre théorique et conceptuel, le devis de recherche est précisé implicitement, il n'est pas possible de déterminer si l'échantillon était suffisamment grand car il n'y a pas eu de calculs statistiques, les variables ne sont pas mentionnées.</p> <p>En conclusion, il manque quelques informations pour pouvoir effectuer une analyse minutieuse.</p>
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			L'évaluation et la gestion appropriées des émotions négatives et des effets secondaires, ainsi que diriger les patients vers des sources d'informations fiables sur internet, pourraient aider à améliorer l'adhésion à la thérapie hormonale chez les femmes atteintes du cancer du sein au stade précoce.

## Grille de résumé d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

#### Pretreatment Predictors of Short-term Nonadherence to Oral Hormonal Therapy for Women with Breast Cancer

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Wickersham, K., Sereika, S. M., & Bender, C. M. (2013). Pretreatment Predictors of Short-term Nonadherence to Oral Hormonal Therapy for Women with Breast Cancer. <i>Nursing research</i> , 62(4), 243-251. <a href="https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318298fd70">https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318298fd70</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	« Le traitement adjuvant par hormonothérapie orale améliore les résultats cliniques pour le cancer du sein, mais les femmes ont de la difficulté à suivre ce traitement sur cinq ans. »
Recension des écrits	<p>« Pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, un traitement adjuvant avec des agents hormonaux oraux s'est avéré améliorer les résultats cliniques. Cinq ans de tamoxifène, un modificateur sélectif du récepteur d'œstrogène, est prescrit pour les femmes pré et périménopausées avec un cancer du sein précoce à un récepteur hormonal positif.</p> <p>Les inhibiteurs de l'aromatase (AI), tels que l'anastrozole, sont supérieurs au tamoxifène pour réduire le risque de récurrence de la maladie chez les femmes ménopausées.</p> <p>L'adhésion et la persistance à la thérapie sont souvent examinées ensemble dans le cadre de la recherche sur l'adhésion aux agents anticancéreux oraux, mais ce sont des concepts distincts.</p> <p>Essentiellement, l'adhésion mesure le pourcentage de doses correctes prises comme prescrit, alors que la persistance évalue le nombre de jours où on prend le médicament.</p> <p>Les chimiothérapies orales et les thérapies hormonales orales sont souvent catégorisées ensembles. La chimiothérapie orale est une vaste catégorie de médicaments de tout type pris par la bouche pour traiter le cancer.</p> <p>Un certain nombre de facteurs liés au patient, à la maladie et au traitement ont démontré qu'ils affectent la non-adhésion au tamoxifène et aux IA, mais avec des résultats variés. Par exemple, les chercheurs ont examiné les facteurs liés au</p>



patient tels que l'âge, le statut socioéconomique et leurs relations avec la non-adhésion au traitement par le tamoxifène ; et les femmes âgées de moins de 45 ans se sont révélés être plus susceptibles d'interrompre le traitement par le tamoxifène que les femmes de 45 à 65 ans.

Il a été constaté que les femmes de couleur étaient plus susceptibles d'arrêter le traitement au tamoxifène que les femmes blanches.

Les femmes qui ont cessé la chimiothérapie orale avaient un SSE significativement plus faible ( $p < 0,02$ ) que les femmes qui ont poursuivi leur traitement ; Cependant, les agents chimiothérapeutiques oraux ont des profils d'effets secondaires différents de ceux des traitements hormonaux oraux en raison de différents mécanismes d'action qui pourraient affecter l'adhésion différemment.

Les relations entre d'autres facteurs liés au patient tels que la dépression et l'anxiété et la non-adhésion au traitement par le tamoxifène ne sont pas bien définies. Des taux significativement plus élevés de non-persistance du tamoxifène (abandon précoce) ont été observés chez les femmes qui ont signalé des problèmes d'humeur (36%) comparativement aux femmes qui n'ont signalé aucun trouble de l'humeur (12%).

L'utilisation d'antidépresseurs au cours de l'année précédant l'initiation au traitement de tamoxifène a été associée à la non persistance du tamoxifène.

Les femmes qui ont cessé de pratiquer une chimiothérapie auto-administrée avaient des troubles dépressifs plus élevés que les femmes qui n'avaient pas interrompu leur traitement ( $p < 0,05$ ).

La dépression et l'anxiété sont liées à la non-adhésion chez les personnes atteintes de maladie chronique et chez les femmes à risque de cancer du sein.

Les facteurs liés au traitement tels que la chimiothérapie antérieure ont été rapportés comme étant moins associés à la non-adhésion ou à l'arrêt du traitement par le tamoxifène. L'état positif des récepteurs hormonaux a été associé à l'utilisation continue du tamoxifène sur quatre ans et à l'arrêt de la thérapie au tamoxifène à la deuxième année.

Les femmes ayant subi une mastectomie versus une chirurgie de conservation du sein sont plus susceptibles d'être non-adhérentes au traitement par le tamoxifène. Aucun rapport publié portant spécifiquement sur le statut ménopausique des femmes comme prédicteur potentiel de l'observance du tamoxifène ou des IA n'a été trouvé.

Les effets secondaires n'étaient pas associés à l'arrêt du tamoxifène ; Cependant, d'autres chercheurs ont signalé que les femmes qui avaient des effets secondaires étaient plus susceptibles d'arrêter de prendre le tamoxifène.

	<p>D'autres chercheurs ont signalé que 46% des femmes qui ont interrompu leur traitement au tamoxifène l'ont fait en raison d'effets secondaires. Les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes étaient la principale préoccupation.</p> <p>La non-adhésion ou la non-persistance aux IA liées aux effets secondaires a été évaluée principalement dans le contexte d'essais cliniques. Dans l'essai Arimidex, tamoxifène, seul ou en combinaison (ATAC), moins de femmes se sont retirées du traitement par anastrozole comparativement au tamoxifène ; Cependant, des taux de non-persistance plus élevés avec les IA ont été notés dans des essais similaires comparant l'exemestane et le létrozole avec le tamoxifène.</p> <p>L'âge plus jeune, les coûts de dépense de plus de 30 \$ US par ordonnance d'IA et pas de mastectomie ont été associés à la non-adhésion de 12 mois à la thérapie par l'IA.</p> <p>Dans le cadre d'une analyse qualitative des expériences de prise de médicaments chez des femmes atteintes d'un cancer du sein précoce qui étaient à mi-parcours d'un traitement anastrozole de cinq ans, la plupart des femmes continuaient de prendre anastrozole en raison d'une croyance forte dans son importance malgré la sévérité des effets secondaires. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Absent.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p><b>Hypothèses :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. « Les personnes âgées et mariées sont plus adhérentes. Le nombre d'années d'études, le statut d'emploi (occupé) et la profession principale ont été associés à plus de non-adhésion. »</li> <li>2. « Le type de tumeur et le statut ménopausique des femmes ont été associés à une non-adhésion à la thérapie hormonale. Le stade inférieur du cancer du sein était associé à moins d'adhésion. »</li> <li>3. « La diminution de la gravité perçue des effets secondaires de la thérapie hormonale, des symptômes dépressifs, de la fatigue et de l'anxiété était associée à une plus grande adhésion chez les femmes atteintes d'un cancer du sein précoce. »</li> </ol> <p><b>Objectifs :</b> « Explorer les prédicteurs du prétraitement de la non-adhésion à court terme à l'hormonothérapie orale chez les femmes atteintes d'un cancer du sein précoce, de l'évaluation du prétraitement à six mois après le début de l'hormonothérapie. »</p>
Méthodes	Quantitatif

Devis de recherche	
Population, échantillon et contexte	<p>« Les données de l'étude actuelle ont été recueillies auprès de l'Étude AIM de 2005 à 2011 et de 2007 à 2011 pour l'Étude ONS. Cette analyse a été effectuée à l'aide de données regroupées de concernant les patients, la maladie et le traitement provenant des études de prétraitement AIM et ONS. »</p> <p>« L'adhésion a été évaluée de façon continue au cours des six premiers mois de traitement dans les deux études. Les deux études comprenaient des femmes de moins de 75 ans capables de parler et de lire l'anglais et qui avaient fait au moins huit années d'études. »</p> <p>« Les facteurs liés aux patientes évaluées comprenaient des variables sociodémographiques, des symptômes dépressifs, l'anxiété et la fatigue. Les variables sociodémographiques incluaient le statut d'emploi des femmes, la profession principale, l'âge, le nombre total d'années d'études, l'état matrimonial et l'appartenance à l'étude (AIM ou ONS). »</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <p>Femmes prenant une thérapie d'anastrozole</p> <p>Femmes ménopausées</p> <p>Femmes ayant reçu une hormonothérapie orale seule ou une hormonothérapie et une chimiothérapie en parallèle</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Si hospitalisation pour maladie psychiatrique durant les deux dernières années.</p> <p>Si diagnostic de maladie neurologique</p> <p>Si métastases à distance</p> <p>L'origine ethnique</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Questionnaires</p> <p>« L'adhésion a été évaluée avec le système de surveillance des événements médicamenteux (<b>MEMS™</b>) (<b>AARDEX Group, Ltd.</b>) pendant 18 mois pour l'étude ONS et pour les cinq années complètes de traitement hormonal pour l'étude AIM. Le MEMS™ est un bouchon de bouteille qui enregistre la date et l'heure où le bouchon est retiré d'un flacon de médicament. Le MEMS™ enregistre chaque événement médicamenteux, y compris les schémas et le calendrier des doses, et permet de voir s'il y a des doses manquées ou supplémentaires. La non-adhésion a été définie comme le pourcentage d'administrations de traitement hormonal prescrits qui n'a pas été pris au cours des six premiers mois de</p>

	<p>traitement. La non-adhésion au cours des six premiers mois après le début de la thérapie hormonale a été évaluée afin de comprendre les prédicteurs potentiels de la non-adhésion à court terme. La non-adhésion a été évaluée comme une variable continue, mais en interprétant les résultats, les femmes ayant une adhésion de moins de 80% ont été considérées non conformes comme étant compatibles avec la littérature d'observance actuelle pour les patients souffrant de maladies chroniques, y compris le cancer. Les symptômes dépressifs des femmes ont été mesurés à l'aide de l'échelle de la dépression de <b>Beck-II</b>. »</p> <p>« L'information sociodémographique a été recueillie à l'aide du questionnaire sociodémographique de l'Université de Pittsburgh, Centre de recherche sur les maladies chroniques. L'anxiété a été évaluée à l'aide de la sous-échelle <b>TENSION-ANTISEE</b>. »</p> <p>« La fatigue a été mesurée à l'aide de la sous-échelle <b>POMS</b> Fatigue-Inertia. »</p> <p>« Les renseignements concernant les traitements hormonaux antérieurs au cours des trois derniers mois, le stade du cancer du sein, le type de tumeur, la radiothérapie et la chimiothérapie ont été extraits du dossier médical du patient. »</p> <p>« Les effets secondaires de la thérapie hormonale ont été évalués avec la liste de contrôle des symptômes de la prévention du cancer du sein (<b>BCPT</b>). »</p> <p>« Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec IBM® SPSS® Statistics v.20.0 (Armonk, NY) »</p> <p>« Pour toutes les hypothèses, le logiciel d'analyse de puissance et de taille d'échantillon pour Windows a été analysé. »</p>
Déroulement de l'étude	<p>« L'adhésion a été évaluée de façon continue au cours des six premiers mois de traitement dans les deux études.</p> <p>L'information sociodémographique a été recueillie à l'aide du questionnaire sociodémographique de l'Université de Pittsburgh, Centre de recherche sur les maladies chroniques. L'adhésion à l'étude (AIM ou ONS) a été incluse comme prédicteur pour évaluer si l'adhésion à l'étude affectait la non-adhésion à la thérapie hormonale. Les associations bivariées entre chaque variable prédictive candidate et la variable de résultat (non-adhésion après six mois d'initiation du traitement) ont d'abord été évaluées en utilisant une régression linéaire simple. La variable catégorielle pour la profession principale a été modélisée comme trois variables d'indicateurs avec la catégorie administrative servant de groupe de référence. Les variables prédictives candidates répondant aux critères de <math>p &lt; 0,20</math> pour les analyses bivariées ont été retenues pour un examen ultérieur dans l'analyse multivariée à l'aide d'algorithmes de modélisation pas à pas et rétrograde de régression linéaire multiple pour identifier les prédicteurs de non-adhésion de six mois. Les prédicteurs candidats ont été retenus dans le modèle s'ils sont restés associés à <math>p &lt; 0,10</math> dans l'analyse de régression linéaire multiple. Les termes d'interaction bidirectionnelle ont été créés à l'aide des variables prédictives candidates identifiées dans le modèle retenu pour tenir compte de la non-inadaptation possible. »</p>

Considérations éthiques	Pas d'information sur les considérations éthiques
<b>Résultats</b>  Traitement/Analyse des données	<p>« Le <b>tableau 2</b> présente les prédicteurs catégoriques de la non-adhésion incluant l'adhésion à l'étude, le statut d'emploi, la profession principale, le type de tumeur DCIS, le statut ménopausique. Les symptômes dépressifs, la fatigue, les symptômes gastro-intestinaux, les symptômes cognitifs, les problèmes de poids, les symptômes gynécologiques, la douleur musculo-squelettique et le score total de BCPT ont été identifiés comme des prédicteurs linéaires de la non-adhésion. »</p> <p>« <b>Tableau 3</b> : Ce sont les résultats de la régression. En utilisant des analyses de régression linéaire multiple par étapes de ces variables prédictives candidates, le type de tumeur DCIS (<math>p = 0,004</math>) et le poids (<math>p = 0,003</math>) ont été identifié comme prédicteurs de la non-adhésion des femmes six mois après le début du traitement. En plus du type de tumeur DCIS (<math>p = 0,004</math>) et du poids (<math>p = 0,003</math>), l'analyse de régression linéaire multiple, en retour, a identifié le troisième groupe d'occupation primaire codé mannequin (ménagère, étudiante, retraitée, handicapée par rapport à toutes les autres catégories) Un prédicteur statistiquement significatif (<math>p = 0,05</math>). Lors de l'exploration des interactions bidirectionnelles potentielles entre le type de tumeur DCIS, les préoccupations relatives au poids et le troisième groupe d'occupation primaire, aucun changement n'a été observé dans le modèle de régression linéaire par étapes ; Cependant, l'interaction entre le type de tumeur DCIS et le troisième groupe d'occupation primaire était statistiquement significative (<math>p = 0,001</math>) dans le modèle d'élimination rétrograde. »</p>
Présentation des résultats	<p>« Un résumé des statistiques descriptives de l'échantillon regroupé et des l'études (AIM ou ONS) est fourni dans le tableau 1. La non-conformité moyenne pour l'échantillon regroupé était de 11,3%. Pour l'étude AIM, les femmes étaient 12,8% non adhérentes six mois après l'initiation du traitement, et les femmes dans l'étude ONS étaient 4,6% non adhérentes. Les femmes dans les deux études étaient similaires en termes de symptômes dépressifs auto-déclarés, l'anxiété, la fatigue, les symptômes basés sur les sous-échelles BCPT, et la non-adhésion. L'âge moyen des femmes pour l'échantillon mis en commun était de 59,1 ans (écart type = 7,5, rang 39-75) et le nombre moyen d'années d'études était de 15,0 (écart type = 2,9, rang 10 à 26). Nous avons trouvé des différences significatives dans l'âge et le médicament surveillé par MEMS MC à l'évaluation prétraitement entre les deux groupes (<math>p = .0001</math> pour chacun) parce que seules les femmes ménopausées ont participé à l'étude AIM, ont pris seulement l'anastrozole et étaient probablement un peu plus âgées que les femmes dans l'étude ONS. »</p>
<b>Discussion</b>  Interprétation des résultats	<p>« Les facteurs potentiels liés au patient, à la maladie et / ou au traitement et à leur relation avec la non-adhésion à court terme à l'hormonothérapie orale chez les femmes atteintes d'un cancer du sein précoce depuis l'évaluation prétraitement jusqu'à six mois après l'initiation du traitement ont été évalué. Nous avons constaté que les femmes ayant un type de tumeur DCIS et des scores de poids plus élevés sur le BCPT étaient associées à une plus grande non-adhésion six</p>

	<p>mois après l'initiation de la thérapie, mais aucun autre symptôme n'a été retenu dans les modèles stepwise ou backwardelimination. »</p> <p>« Des rapports antérieurs sur la relation entre la sévérité des effets indésirables et l'interruption du traitement par le tamoxifène ou l'IA ont été quelque peu imprécis. Les types d'effets secondaires que les femmes atteintes d'un cancer du sein qui prennent une thérapie hormonale orale ont été mesurés et ont inclus l'attrait, mais ce n'était pas un prédicteur significatif de la non-adhésion dans l'étude. D'autres scientifiques ont mesuré la sévérité des effets secondaires ou le nombre d'effets secondaires, mais il n'a pas été trouvé de rapports spécifiques concernant les préoccupations de poids et la non-adhésion pour les femmes atteintes d'un cancer du sein prenant hormonothérapie orale. »</p> <p>« Les résultats <b>quantitatifs</b> sont peu cohérents avec l'analyse <b>qualitative</b> de la prise de médicaments pour un sous-ensemble de 12 femmes qui ont participé à l'étude Aim. Ils ont fourni une riche description de leurs effets secondaires, qui comprenait des bouffées de chaleur, arthralgies, fatigue, troubles du sommeil et des problèmes de mémoire. »</p>
Forces et limites	<p>« Les résultats de l'étude doivent être interprétés en tenant compte de plusieurs limitations. La limitation la plus importante est la conception observationnelle de notre étude. Bien que les résultats aient donné des indications pour les futures enquêtes sur la non-adhésion et les femmes atteintes d'un cancer du sein en début de traitement recevant une thérapie hormonale, aucune association concernant la causalité ne peut être faite. »</p> <p>« De plus, la non-adhésion a été évaluée longitudinalement dans les études AIM et ONS, mais la non-adhésion a été évaluée six mois après l'initiation de la thérapie hormonale pour obtenir un des résultats précis dont les facteurs liés au patient, à la maladie ou au traitement prédisaient une non-adhésion à court terme. Certains des prédicteurs ont été pris en compte et pourraient être dépendants du temps, comme l'anxiété ou la dépression. Tous les types de tumeurs ont été examinés comme prédicteurs, mais les participants avec DCIS avaient également un autre type de tumeur pour être admissibles aux études parentes. »</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Perspectives futures</b> : « Tout d'abord, le type de chirurgie pour le cancer du sein, le soutien social et les croyances sur les médicaments n'ont pas été inclus dans les analyses, ce qui pourrait fournir une perspicacité supplémentaire pour les prédicteurs potentiels de la non-adhésion. Une analyse de régression linéaire multiple avec une variable de non-adhésion continue a été utilisée ; D'autres approches pourraient inclure une régression logistique utilisant 80% et / ou 90% comme seuils pour une adhésion adéquate. Les futures études devraient aussi inclure l'exploration de l'emploi et des types d'occupation principale et leur relation avec la non-adhésion, ainsi que les effets de la non-adhésion sur les résultats cliniques et les prédicteurs de non-adhésion chez les femmes atteintes de cancer du sein prenant des chimiothérapies orales ou des thérapies ciblées. »</p> <p><b>Recommandations</b> : « Voici quelques suggestions pour la pratique infirmière : (a) poser aux femmes des questions ciblées sur leurs expériences avec des effets secondaires spécifiques plutôt que sur les effets secondaires dans leur</p>

	ensemble; B) discuter des croyances des femmes au sujet de leur maladie et de la relation entre ces croyances et les comportements de prise de médicaments.  L'étude offre un aperçu des prédictors potentiels de non-adhésion pour les femmes participant à l'une des deux grandes études de cohorte. Les résultats suggèrent que des examens supplémentaires du travail et de la charge des symptômes et leur relation avec la non-adhésion sont indiqués. »
Commentaires	

\*Le taux ou les données de recharge correspond au nombre de fois que le patient va chercher ses médicaments à la pharmacie. Ne signifie pas pour autant qu'il les prenne.

\*\*L'intégrité du traitement correspond à la mesure dans laquelle l'intervention est mise en œuvre par rapport au protocole prévu initialement. En effet, les résultats obtenus ne sont pas liés à l'intervention envisagée mais à l'intervention pratiquée. (<http://www.treatmentintegrity.com>).

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

## Approche quantitative

## Pretreatment Predictors of Short-term Nonadherence to Oral Hormonal Therapy for Women with Breast Cancer

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Wickersham, K., Sereika, S. M., & Bender, C. M. (2013). Pretreatment Predictors of Short-term Nonadherence to Oral Hormonal Therapy for Women with Breast Cancer. <i>Nursing research</i> , 62(4), 243-251. <a href="https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318298fd70">https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318298fd70</a>				
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Le sujet est indiqué, clair et précis.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Est composé du contexte, de la méthode des résultats et de la discussion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Il se trouve dans la première partie de l'introduction.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			Les connaissances sur les variables étudiées y sont bien résumées dans les premiers paragraphes de l'introduction.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Aucun cadre conceptuel ni théorique n'a été défini.



Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			Trois hypothèses y sont clairement formulées.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			Les hypothèses découlent des recherches antérieures.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Le devis est quantitatif.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			On sait que l'échantillon de personnes a été pris sur deux études différentes, mais on ne connaît pas le nombre de participantes total. Les critères d'exclusion et d'inclusion ont été mentionnés.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			x	On peut imaginer que la taille de l'échantillon est adéquate par rapport au contexte, étant donné que deux études ont été rassemblées, mais cela reste peu clair.
Collecte des données et mesures reprendre depuis là	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Outils d'évaluation qui sont : - (MEMS <sup>TM</sup> ) (AARDEX Group, Ltd.) - Beck-II - TENSION-ANTISEE – POMS – BCPT - Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec IBM® SPSS® Statistics v.20.0 (Armonk, NY).
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			« Les symptômes dépressifs autodéclarés des femmes ont été mesurés à l'aide de l'Inventaire de la dépression de Beck-II, une mesure d'auto-évaluation de 21 items sur laquelle les femmes évaluent les symptômes et les attitudes dépressifs sur une échelle de Likert de quatre points.  L'anxiété a été évaluée à l'aide de la sous-échelle TENSION-ANTISEE du profil des états de l'humeur (POMS).  La fatigue a été mesurée à l'aide de la sous-échelle POMS Fatigue-Inertia. »

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Etant une analyse secondaire les deux études primaires ont été effectuées en respectant les directives éthiques.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Il a été utilisé le logiciel d'analyse de puissance et de taille d'échantillon pour Windows (PASS 2011, NCSS Statistical Software, Kaysville, Utah) pour déterminer la plus petite taille d'effet détectable en termes de R <sup>2</sup> en utilisant une taille d'échantillon fixe.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Trois tableaux présentent les résultats. Ils sont suffisamment clairs.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		x		Il n'y a pas de cadre théorique et conceptuel.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		Il n'est pas question d'étude marginalisée, les résultats suggèrent que des examens supplémentaires du travail et de la charge des symptômes et leur relation avec la non-adhésion sont indiqués.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Les chercheurs parlent de plusieurs limites, notamment qu'ils n'ont pas inclus le type de chirurgie pour le cancer du sein, le soutien social et les croyances sur les médicaments dans leurs analyses.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Il faudrait prendre en compte le type de chirurgie, le soutien social et les croyances sur les médicaments dans les futures études.

<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Chapitres claires, structurés, tableaux compréhensifs.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			x	« L'étude offre un aperçu des prédictors potentiels de non-adhésion pour les femmes participant à l'une des deux grandes études de cohorte. »

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : E

